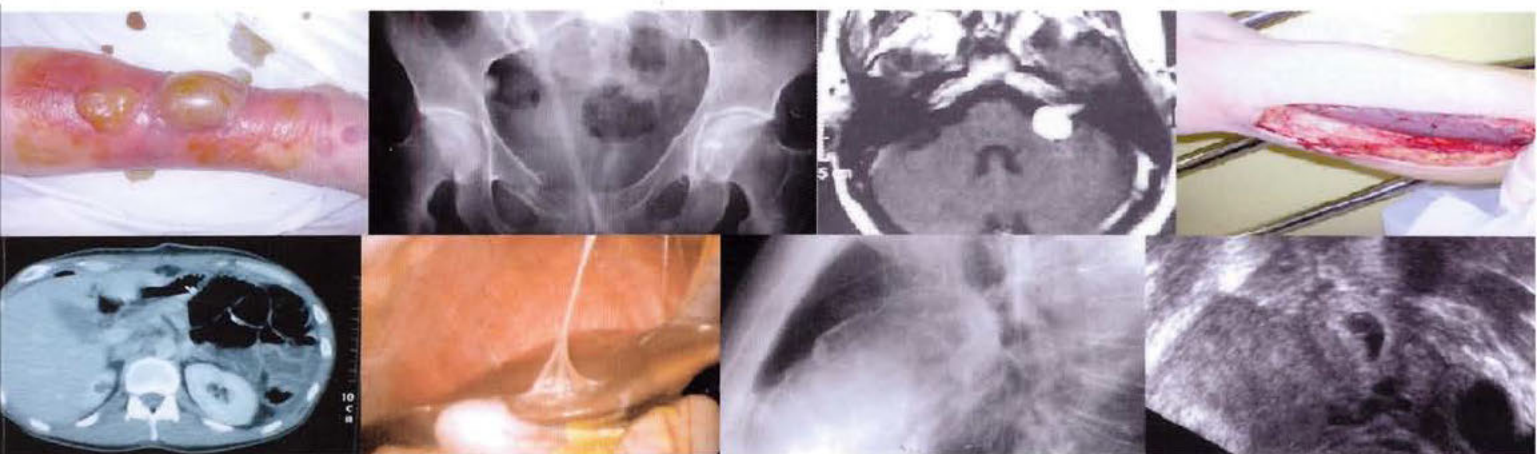
NOUVEAUX DOSSIERS CLINIQUES POUR L'ENC

60 DOSSIERS TRANSVERSAUX

URGENCES



Hélène Legardeur - Sarah Sportiche - Jean-David Zeitoun
Jacques-André Ewald - Calin Lazar - Jérémie Lefèvre

VG
Editions
Vernazobres-Grego

Collection

LES NOUVEAUX DOSSIERS CLINIQUES 2005 « 60 DOSSIERS»

URGENCES

Hélène Legardeur – Sarah Sportiche – Jean-David Zeitoun
Jacques-André Ewald - Calin Lazar - Jérémie Lefèvre

Editions Vernazobres-Grego
99, BD DE L'HOPITAL - 75013 PARIS
Tél : 01 44 24 13 61

ISBN 2-84136-543-3

REMERCIEMENTS

Merci à Gaspard, Jérémie et Benjamin pour m'avoir motivé pendant ces dures années
Merci au Dr Fangio pour tout ce que tu m'as appris.

Hélène Legardeur

Merci aux :
Dr Vincent Cardot
Dr Philippe Chasserant
Pr Jean-Paul Chigot
Dr Bernard Labes
Dr Dominique Larroude
Pr Fabrice Ménégaux
Dr Yann Parc
Dr Alexandre Raulot
Dr Antonio Sacunha
Dr Frédéric Ndobo Epoy
Dr Bruno Zipoli

Jacques-André Ewald

A Thomas

Jean-David Zeitoun

A mes parents
A Sophie

Calin Lazar

A mes amis pour leur présence de tous les instants,
Merci aux médecins et chirurgiens qui m'ont formé :
Pr René Adam
Dr Vincent Cardot
Pr Denis Castaing
Dr Francois Duramé
Dr Luc Kerboull
Pr Fabrice Ménégaux
Dr Yann Parc
A mes sous-colleurs, Etienne et Gaspard
A Sarah,

Jérémie Lefèvre

« Le baiser est en amour ce qu'est le thermomètre en médecine. Sans lui, on ne se rendrait jamais exactement compte de la gravité de son état. »

Pierre Daninos
1913-2005

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE

60 DOSSIERS TRANSVERSAUX

INTRODUCTION

Pour réaliser cet ouvrage de 60 dossiers transversaux d'urgence, nous avons fait appel à des internes de spécialités différentes, pour la plupart conférenciers et très proches de l'orientation de l'ENC.

Liste des auteurs :

Jacques-André Ewald (interne des hôpitaux de Bordeaux – Chirurgien)
Hélène Legardeur (interne des hôpitaux de Paris – Gynécologue)
Sarah Sprotiche (interne des hôpitaux de Paris – Psychiatre)
Calin Lazar (interne des hôpitaux de Paris – Chirurgien)
Jérémie Lefèvre (interne des hôpitaux de Paris – Chirurgien)`
Jean-David Zeitoun (interne des hôpitaux de Paris – Médecine)

DOSSIER 1

Mlle Marion T. se présente aux urgences pour douleurs pelviennes bilatérales évoluant depuis 24 heures. Elle vous signale par ailleurs avoir eu quelques métrorragies ce matin.

1°) Détaillez votre examen clinique.

2°) Quels examens complémentaires demandez-vous ? Dans quel but ?

Les premiers résultats vous parviennent : βHCG = 6200.

Vous faites une échographie, vous avez le cliché suivant : (à noter : le reste de l'échographie est normal, en particulier, les 2 ovaires sont d'aspect normal)

4°) Interprétez le cliché. Quelles sont vos principales hypothèses diagnostiques ? Justifiez.

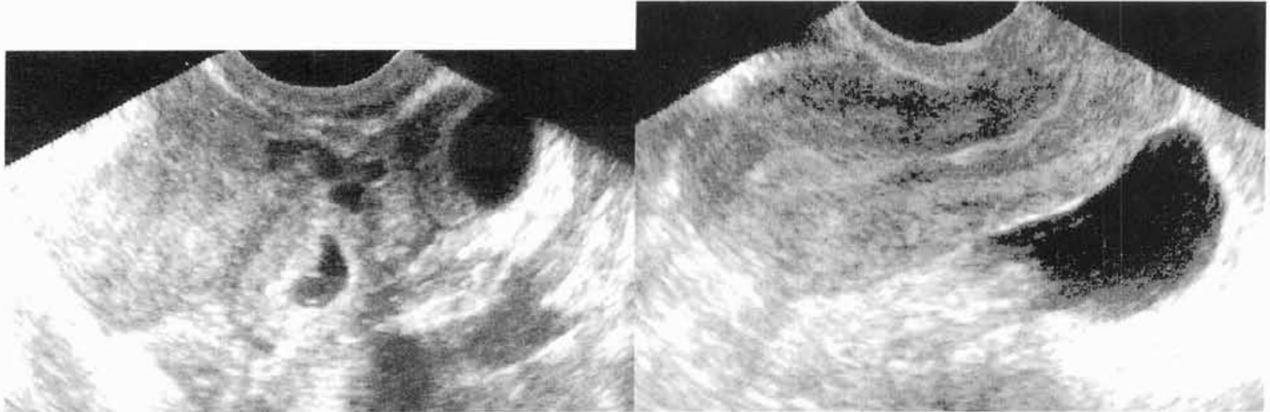


Il ne peut pas s'agir d'une fausse couche dans ce cas car la ligne de vacuité utérine est très bien visualisée. Avec 6200 de βHCG, il resterait une quantité assez importante de débris trophoblastiques qui serait visible sur l'écho, la cavité ne serait pas vide.

5°) Vous décidez de traiter votre patiente médicalement. Quels critères devez-vous respecter pour choisir cette possibilité thérapeutique ?

6°) Quelle surveillance instituez-vous ?

Trois jours plus tard, alors que vous êtes de garde, vous voyez arriver la patiente amenée par les pompiers pour malaise. La patiente est pâle, tachycarde à 140 battements par minute. Sa tension est à 124/78 mmHg. La palpation abdominale retrouve une défense généralisée.
Vous réalisez une nouvelle échographie.



7°) Interprétez-la.

8°) Quelle est votre prise en charge ?

1°) Détaillez votre examen clinique. (20 points)

- **Interrogatoire (1)**
  - **Antécédents** médicaux, chirurgicaux. **(1)**
  - ATCD gynécologiques :
    - → Gestité, parité
    - → **Facteur de risque de grossesse extra-utérine** (1) (ATCD de GEU, salpingite, tabac ?)
  - Evaluer le risque de grossesse
    - → **Date des dernières règles** ? **(1)** Aspect des dernières règles ?
    - → **Moyen de contraception** ? **(1)** oubli de pilule ? rapports sexuels non protégés ?
    - → Rechercher des signes sympathiques de grossesse.
  - **Histoire de la maladie (1)**
    - → **Douleur (1)** : mode de début ? évolution ? position antalgique ?
    - → **Métrorragie (1)** : mode de survenue, abondance, couleur
    - → Rechercher des signes associés : SFU, trouble du transit, fièvre
  - **Groupe sanguin (2)**

- **Examen clinique (1)**
  - **Température** (il peut s'agir d'une salpingite ou d'une endométrite) **(1)**
  - **Pression artérielle, pouls** (il s'agit d'une femme qui saigne !) **(1)**
  - **Bandelette urinaire** (systématique devant toute douleur pelvienne !) **(1)**
  - **Palpation abdominale (1)** : rechercher une défense **(1)**
  - **Spéculum (1)** : aspect du col, origine du saignement **(1)**, abondance du saignement
  - **Toucher vaginal (1)** : rechercher une douleur à la mobilisation utérine, **palpation des culs de sacs vaginaux (1)** à la recherche d'une masse, apprécier le volume de l'utérus.

2°) Quels examens complémentaires demandez-vous ? Dans quel but ? (10 points)

- EN URGENCE : **βHCG** plasmatiques quantitatifs **(2)**
- **NFS, CRP** afin d'éliminer une pathologie infectieuse **(1+1)**
- **Groupe sanguin, rhésus, RAI** (femme qui saigne + bilan pré-opératoire) **(1+1)**
- **Echographie pelvienne** par voie **sus-pubienne et endovaginale. (1+1)**
  - Image endo-utérine ?
  - **Epanchement intra-péritonéal (1)**
  - **Image latéro-utérine (1)**
  - Ovaires ?

Les premiers résultats vous parviennent : βHCG = 6200.
Vous faites une échographie, vous avez le cliché suivant : (à noter : le reste de l'échographie est normal, en particulier, les 2 ovaires sont d'aspect normal)

4°) Interprétez le cliché. Quelles sont vos principales hypothèses diagnostiques ? Justifiez. (10 points)

- **Echographie** par voie **endovaginale (1+1)**
- **Utérus en coupe longitudinale (1)**
- **Vacuité utérine**, endomètre d'aspect normal **(1)**
- Absence d'épanchement rétro-utérin

- **Grossesse extra-utérine**. **(5)**
- **Vacuité utérine** + **βHCG > 5000** = GEU certaine **(2)**

Il ne peut pas s'agir d'une fausse couche dans ce cas car la ligne de vacuité utérine est très bien visualisée. Avec 6200 de βHCG, il resterait une quantité assez importante de débris trophoblastiques qui serait visible sur l'écho, la cavité ne serait pas vide.

5°) Vous décidez de traiter votre patiente médicalement. Quels critères devez-vous respecter pour choisir cette possibilité thérapeutique ? (10 points)

- Le **diagnostic** doit être **certain (2)**
- La patiente doit être **stable hémodynamiquement (2)**
- La patiente doit être **compliante au traitement**, le suivi doit être possible+++ **(2)**
- **Absence d'épanchement** ou épanchement de faible abondance **(2)**
- **Absence de contre-indication au Méthotrexate (1)**
- **Absence d'activité cardiaque à l'échographie (1)**

6°) Quelle surveillance instituez-vous ? (5 points)

- **Surveillance du taux plasmatique de βHCG (2)** : J2, J5, J10, puis 1 fois par semaine jusqu'à négativation
- **Bilan sanguin complet à J6 (1)** : NFS, plaquettes, BHC, créatininémie, ionogramme
- **Prévenir la patiente qu'il faut consulter en urgence en cas de malaise, de douleur brutale intense… (2)**

Trois jours plus tard, alors que vous êtes de garde, vous voyez arriver la patiente amenée par les pompiers pour malaise. La patiente est pâle, tachycarde à 140 battements par minute. Sa tension est à 124/78 mmHg. La palpation abdominale retrouve une défense généralisée.
Vous réalisez une nouvelle échographie.

7°) Interprétez-la. (15 points)

- **Echographie par voie endo-vaginale (1+1)**
- **Vacuité utérine (1)**
- **Image latéro-utérine (2)** correspondant à un **sac ovulaire (1)** avec une couronne trophoblastique et avec une vésicule vitelline
- Présence d'un corps jaune
- **Epanchement dans le cul de sac de Douglas (2)**

⇒ **Grossesse extra-utérine** probablement **rompue (4+3)**

8°) Quelle est votre prise en charge ? (25 points)

- EN **URGENCE (3)**
- **Hospitalisation (1)**
- **A JEUN (2)**
- **Perfusion**, mise en place de 2 voies d'abord de bon calibre **(1)**
- **Surveillance de la TA** : mise en place d'un dynamap **(2)**
- **Maintenir une bonne hémodynamique (2)** : remplissage vasculaire (même si la tension est stable, la patiente est tachycarde, ce qui est le premier signe du choc)
- **Bilan pré-opératoire (2)** : groupe sanguin, rhésus, RAI, NFS, plaquettes, hémostase
- Commande de **culots globulaires (1)**
- **Informer la patiente du risque de salpingectomie** +++ **(3)**
- **Traitement chirurgical** en urgence **(3)**
  → Cœlioscopie ou laparotomie selon l'hémodynamique, les ATCD
  → **Salpingectomie ou salpingotomie (1+1)**
  → **Lavage de la cavité péritonéale (1)**
  → Envoi de la pièce opératoire en **anatomopathologie** *(PMZ)*
- **Surveillance** constante de la patiente **(2)**
- Si Rh -, prévention de l'allo-immunisation rhésus par injection d'anti-D

Présentation (**5**)

DOSSIER 2

Vous êtes de garde aux urgences pédiatriques lorsque vous recevez vers 21 heures l'enfant Antoine, 17 mois, adressé par un hôpital de périphérie pour prise en charge de douleurs scrotales évoluant depuis le début de l'après-midi dans un contexte fébrile à 38°C. La lettre de transfert parle de probable orchite.

Lors de l'examen, vous trouvez un enfant très algique, difficilement examinable, avec une altération de l'état général modérée. Le scrotum est œdematié et augmenté de volume à droite, avec un testicule droit difficilement palpable. La trans-illumination est partiellement réalisable et la mise en suspension du testicule ne semble pas calmer la douleur. Le réflexe crémastérien semble diminué. Le testicule controlatéral est normal. Les urines sont claires, avec une BU négative. Le reste de l'examen est sans particularités.

1°) A quoi pensez-vous ?

2°) Quels en sont les diagnostics différentiels ?

3°) Quels sont les examens nécessaires au diagnostic ?

4°) Quels sont les risques pour le testicule ?

5°) Quelle sera la conduite à tenir ? Pourquoi ?

6°) En quoi consiste votre traitement ?

7°) Les parents du jeune enfant souhaitent porter plainte contre l'hôpital qui vous les a adressés pour erreur de diagnostic et vous demandent un CMD ainsi qu'une copie du dossier et du CRO. Que faites-vous ?

1°) A quoi pensez-vous ? (15 points)

- **Torsion testiculaire (10) droite (2)**
- Probablement **supra-vaginale (3)**

2°) Quels en sont les diagnostics différentiels ? (12 points)

- **Torsion d'hydatide (3)**
- **Epididymite (3)**
- **Hernie inguinale** oblique externe étranglée **(3)**
- **Traumatisme testiculaire (3)**

3°) Quels sont les examens nécessaires au diagnostic ? (15 points)

- **Aucun** (**12** et **ZERO** si examen cité)
- **Diagnostic clinique (2)**
- **Urgence thérapeutique** majeure **(1)**

4°) Quels sont les risques pour le testicule ? (6 points)

- **Atteinte** de la **fonction endocrine (3)**
- **Nécrose (3)**

5°) Quelle sera la conduite à tenir ? Pourquoi ? (20 points)

- **Exploration chirurgicale** en urgence **(13)**
- **Même si enfant non à jeûn (1)**
- Après avoir obtenu une **autorisation parentale** pour opérer **(2)**
- En **prévenant les parents de la possibilité d'une orchidectomie (2)**
- Car **urgence thérapeutique dans les 6 heures (2)**

6°) En quoi consiste votre traitement ? (20 points)

- **Exploration scrotale (3) bilatérale (3)**
- Du coté atteint : **détorsion** per-opératoire **(2)**, vérification de la **vitalité testiculaire (2)**, au besoin **réchauffer** le testicule et attendre 15-30 minutes pour voir s'il se **recolore (2)**. **Orchidopexie** en évitant de twister le cordon spermatique **(2)**.
- Du coté controlatéral : **vérification testiculaire et orchidopexie** préventive **(2)**.
- **Si orchidectomie, envoi de la pièce en anatomopathologie (2)**.
- **Possible pose de prothèse** dans le même temps opératoire en cas d'orchidectomie **(2)**.

- **ZERO** SI TENTATIVE MANUELLE DE DETORSION AVANT LA CHIRURGIE.

7°) Les parents du jeune enfant souhaitent porter plainte contre l'hôpital qui vous les a adressés pour erreur de diagnostic et vous demandent un CMD ainsi qu'une copie du dossier et du CRO. Que faites-vous ? (12 points)

- Respecter les règles de déontologie : **on ne juge ou on n'accuse pas un confrère (4)**.
- Le CMD devra être rédigé en respectant le **conditionnel (4)** et **en n'impliquant pas un tiers (4)**.
- **Le secret médical n'est pas opposable au patient, qui a accès à son dossier médical (4)**.

COMMENTAIRES DOSSIER 2

Il s'agit d'un cas réel, où l'enfant avait consulté dans 3 autres centres hospitaliers avant que le bon diagnostic soit posé (une mycose avait même été évoquée). Le réflexe crémastérien était conservé dans son cas.

Ceci pour dire que le simple fait d'être effleuré par l'idée de torsion doit vous faire intervenir, même si le tableau clinique est inhabituel ou trompeur.

1°) La torsion du cordon spermatique s'observe essentiellement en période péri-pubertaire et très rarement en période néo-natale ou chez l'adulte :
- Intra-vaginale : adolescent et adulte
- Supra-vaginale : nouveau-né

6°) Les manœuvres manuelles de détorsion sont à proscrire sauf en cas d'extrême urgence sans autre alternative thérapeutique. Elles ne dispensent pas de l'intervention chirurgicale.

DOSSIER 3

M. B, ouvrier sur un chantier, est amené aux urgences dans les suites d'un traumatisme crânio-facial. Il est tombé accidentellement il y a 1 heure depuis des poutrelles métalliques situées à 4 m du sol, sans perte de connaissance initiale. Le patient portait son casque de protection.
Lors de son arrivée, le patient est immobilisé dans une coquille, son Glasgow est à 15 et son examen neurologique est normal.
A l'inspection, vous remarquez une luxation des deux incisives supérieures, une plaie souillée de la joue gauche avec suintement salivaire, une plaie contuse de l'arcade sourcilière gauche et une écchymose du flanc droit.
Le patient décrit des douleurs au niveau de son genou droit, avec impotence fonctionnelle partielle et notion subjective de craquement sur un genou gonflé et ecchymotique.

1°) Quel sera le reste de votre examen clinique ?

2°) Vous ne retrouvez pas d'autres anomalies à cette occasion. Quels examens complémentaires vous semblent nécessaires ?

3°) Les examens ci-dessus sont normaux. Quelle sera votre attitude thérapeutique pour les plaies ?

4°) Quelle est la conduite à tenir pour les lésions du genou ?

5°) M. B souhaite avoir un certificat médical descriptif. Comment le rédigez-vous ?

Deux heures après son arrivée aux urgences, l'infirmière vous appelle car elle trouve que M. B est un peu somnolent. Lorsque vous le voyez, le patient est confus, avec un Glasgow évalué à 11.

6°) Que faut-il craindre et pourquoi ? Comment allez-vous faire le diagnostic ?

7°) Quelle sera alors votre prise en charge thérapeutique ?

1°) Quel sera le reste de votre examen clinique ? (15 points)

Interrogatoire :

- **Antécédents** personnels **(1)**
- **Etat vaccinal (1)**

Examen :

- En **respectant axe tête-cou-tronc (2** et **si oubli ZERO)**
- **Palpation** des **repères osseux (1)** et examen **articulaire (1)**
- **Examen endo-buccal (1)**, **troubles de l'articulé dentaire (1)** ou de la **cinétique mandibulaire (1)**
- Examen **oculaire (1)** et **endo-nasal (1)**
- Auscultation **cardio-pulmonaire (2)**
- Palpation **abdomino-pelvienne (2)**

2°) Vous ne retrouvez pas d'autres anomalies à cette occasion. Quels examens complémentaires vous semblent nécessaires ? (10 points)

- **Blondeau (1)**
- **Panoramique dentaire (1)**
- **Radiographie thoracique** de face et profil **(1)**
- **Echographie abdomino-pelvienne (1)**
- **Radiographie de Bassin** de face **(1)**
- **Radiographie du genou droit** face et profil **(1)**
- **Radiographies rachis entier** face et profil **(3** et **si oubli –5)**
- **Bilan pré-opératoire (1)**

3°) Les examens ci-dessus sont normaux. Quelle sera votre attitude thérapeutique pour les plaies ? (20 points)

- Au bloc **opératoire (1)** en **semi-urgence (1)** :
  - **Nettoyage (2)** et **suture (2)** des plaies d'arcade et jugale
  - **Ne pas raser le sourcil (2** et **si rasé -2)**
  - Rechercher et **suturer la plaie du Stenon (2)**
  - **Repositionnement-ligature par arcs métalliques des dents luxées (2)**

- **SAT/VAT (4** et **si oubli ZERO)**
- **Antibioprophylaxie discutable (2)**
- **Antalgiques (2)**
- Surveillance

4°) Quelle est la conduite à tenir pour les lésions du genou ? (10 points)

- **Mise au repos** de l'articulation dans une **orthèse (2)**
- **Antalgiques (1)** type Paracétamol
- **Anti-inflammatoires non stéroïdien (1)** type Apranax
- **Protection gastrique (1)** par un IPP type Mopral
- **Traitement pour 10-15 jours (1)**
- A distance :
  - **Revoir le patient** pour un examen clinique **(1)**
  - Si nécessaire on discutera TDM/IRM (1+1) voire arthroscopie exploratrice **(1)**

*NB : si TDM, IRM ou arthroscopie proposées d'emblée alors **(-5)***

5°) M. B souhaite avoir un certificat médical descriptif. Comment le rédigez-vous ? (15 points)

- **CMD** daté et signé **(1+1)**
- Portant l'**identité et l'adresse du malade (1)**
- Description des faits au **conditionnel** sans implication d'un tiers (**1** et si oubli **ZERO**)
- Indique les **résultats de l'examen clinique complet** ainsi que ceux des **examens paracliniques (1+1)**
- Indique un **pronostic (1)** sur l'atteinte physique et/ou psychologique du malade
- **Evaluation d'une ITT (2)**
- Porte la formule « ***remis à la demande de l'intéressé pour faire valoir ce que de droit*** » **(1)**

6°) Que faut-il craindre et pourquoi ? Comment allez-vous faire le diagnostic ? (15 points)

Hématome extra-dural aigu (**4** et si autre diagnostic **ZERO** DOSSIER) :

- **Traumatisme crânien (1)**
- **Intervalle libre (1)**
- **Signes déficitaires secondaires (1)**

En **urgence (1)**, **scanner cérébral sans injection** de produit de contraste (**4** et **si oubli ou si injecté alors ZERO**) :

- **Lentille biconvexe prenant spontanément le contraste (2)**
- Eventuelles **lésions associées (1)**

7°) Quelle sera alors votre prise en charge thérapeutique ? (15 points)

Intervention neurochirurgicale en urgence (10 et si oubli ou retardée **ZERO)** :

- **Volet osseux (1)**
- **Evacuation** de **l'hématome (1)**
- Hémostase soignée et suspension préventive de la dure-mère décollée

Traitement médical associé :

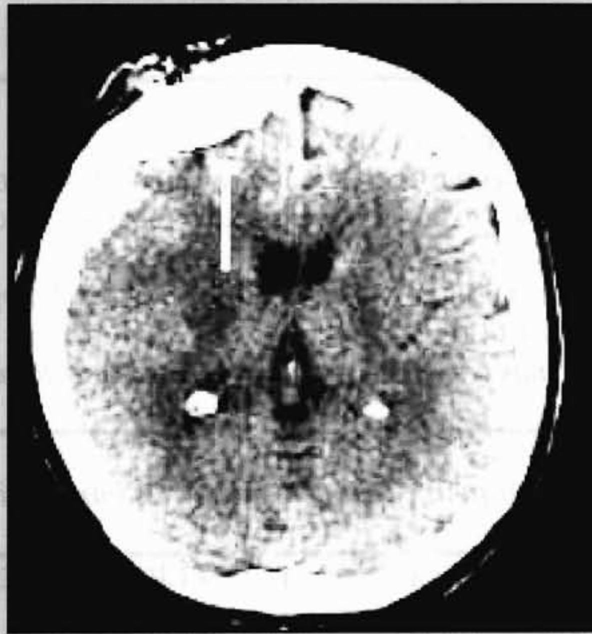
- **Anticomitiaux (1)** type Gardénal®
- **Antalgiques (1)**
- **Anti-œdémateux (1)** type Mannitol® en cas de lésions associées

COMMENTAIRES DOSSIER 3

2°) A priori le patient doit être considéré comme un polytraumatisé potentiel et on se doit d'éliminer une lésion rachidienne associée.

4°) L'examen clinique d'un genou traumatisé est généralement très difficile en période aiguë. Le but du traitement symptomatique est de soulager le patient en attendant une diminution des signes locaux.

6°) Grande urgence neurochirurgicale, l'HED représente une collection de sang frais située dans l'espace extra-dural suite le plus souvent à une rupture de l'artère méningée moyenne. La forme topographique la plus fréquente est celle temporale.



DOSSIER 4

Chirurgien viscéral, vous vous préparez à effectuer une cure de hernie inguinale. Vous êtes aidé dans votre tâche par l'interne de garde et par un jeune étudiant en PCEM2 dont ce sont les débuts dans le milieu hospitalier. Au cours de l'intervention, l'étudiant se plaint soudain de brûlures palmaires accompagnées de prurit et d'une sensation de malaise. En le regardant vous constatez qu'il est un peu pâle et en sueurs. Il présente un érythème conjonctival oculaire et vous semble tachypnéique.

1°) Quel diagnostic évoquez-vous ?

2°) Quelles en sont les principales étiologies que vous connaissez ?

3°) Quel en est le mécanisme physiopathologique ?

4°) Quels sont les risques évolutifs ?

5°) Quels sont les gestes thérapeutiques indispensables ?

6°) Quelles seront les mesures associées ?

7°) Quelle sera la conduite à tenir à l'avenir ?

1°) Quel diagnostic évoquez-vous ? (15 points)

- **Choc anaphylactique (5)**
- Avec **œdème de Quincke** associé **(5)**
- Par probable **allergie au latex (5)**

*NB : tout autre diagnostic **ZERO***

2°) Quelles en sont les principales étiologies que vous connaissez ? (15 points)

- **Agents anesthésiques (3)**
- **Latex (2)**
- **Piqûres d'hyménoptères (2)**
- Médicaments :
  - **Antalgiques et AINS (2)**
  - **Produits de contraste iodés (2)**
  - **Antibiotiques** dont pénicillines +++ **(2)**
  - Solutés de **remplissage vasculaire (1)**
- **Autres** : **aliments**, vitamines, hormones, enzymes... **(1)**

3°) Quel en est le mécanisme physiopathologique ? (13 points)

- Après **contact antigénique préalable (3)**
- Présence d'**IgE spécifiques** à la surface des **polynucléaires basophiles** et des **mastocytes**, liées à des récepteurs membranaires. **(3)**
- Lors d'une **réintroduction de l'antigène** : **(3)**
  - **Activation des récepteurs (1)**
  - Libération de médiateurs biochimiques granulaires : **histamine (1)**
  - Synthèse de médiateurs membranaires : **prostaglandines (1)** et **leucotriènes (1)**

4°) Quels sont les risques évolutifs ? (14 points)

- **Convulsions (2)**
- **Acidose métabolique (1)**
- **Troubles de la coagulation (1)**
- **Troubles du rythme et de la conduction (1)**
- **Ischémie (2)** voire **infarctus** myocardique **(2)**
- **Arrêt cardio-circulatoire (2)**
- **Asphyxie (2)**
- **Décès** en l'absence de prise en charge **(1)**

5°) Quels sont les gestes thérapeutiques indispensables ? (15 points)

- Administration en urgence **d'adrénaline IM ou au mieux IV si immédiatement accessible (5)**
- Posée d'une ou deux VVP de bon calibre pour **remplissage vasculaire (5)** sans retarder l'administration d'adrénaline
- **Corticoïde (5)** associé IV pour traiter l'œdème de Quincke

NB : si oubli d'un de ces éléments ***ZERO***

6°) Quelles seront les mesures associées ? (13 points)

- Hospitaliser en **urgence en USI** pour suite de soins **(2)**
- **Monitorage cardio-respiratoire (1)**
- **O_2 nasal** si possible **(2)**
- **Au besoin intubation voire ventilation assistée (2)**
- **Surveillance** pluri-quotidienne **(2)**
- Dans un 2ème temps, confirmer l'allergie :
  - **dosage des médiateurs, recherche d'IgE spécifiques (4** et si Prick test ou tests cutanés **ZERO** DOSSIER)

7°) Quelle sera la conduite à tenir à l'avenir ? (15 points)

- Enquête **allergologique (3)**
- **Port de carte** indiquant les allergies connues **(5)**
- **Education du patient** et prévention secondaire **(2)** :
  - **Contre-indication définitive du latex**, utiliser des produits adaptés : gants, préservatifs… **(3)**
  - **Attention aux aliments employés en raison des allergies croisées (2)**

COMMENTAIRES DOSSIER 4

1°) Réaction d'hypersensibilité immédiate.

Autres mécanismes possibles :

- Réaction anaphylatoxique : activation du complément responsable de la production d'anaphylatoxines (C3a et C5a) qui provoquent la dégranulation mastocytaire. C'est une réaction non spécifique pouvant se produire lors d'un premier contact.
- Réaction anaphylactoïde : action directe sécrétoire de la substance incriminée sur les cellules cibles contenant les médiateurs, explosive, immédiate et ne nécessitant pas de contact préalable.

3°) Rôle des médiateurs :

- Histamine : action par l'intermédiaire des récepteurs H1 et H2. Effets type broncho-constriction, hausse de la contraction cardiaque, vasodilatation, hyper-péristaltisme intestinal, œdème des muqueuses…
- Prostaglandines : provenant de l'acide arachidonique elles provoquent une broncho-constriction rapide et intense.
- Leucotriènes : elles provoquent une broncho-constriction lente et prolongée.

7°) Problème des allergies croisées : épinards, avocat, banane, raisin, châtaigne, melon, kiwi, noix et noisettes, fruits de la passion, pêche, papaye.
Les patients allergiques au latex doivent être prévenus de la possibilité de développer des réactions graves lors de l'ingestion de ces aliments.

DOSSIER 5

De garde aux urgences pédiatriques en janvier, vous recevez l'enfant D âgé de 5 ans 1/2 dans les suites d'une crise convulsive apparue dans un contexte de rhinopharyngite évoluant depuis quelques jours et traitée par Doliprane® par ses parents. Le tableau clinique s'est récemment aggravé, avec apparition d'une fièvre à 39°C accompagnée de frissons. Lorsque vous le voyez, l'enfant est en sueurs, prostré, roulé en boule sur la table d'observation. Il se plaint de douleurs musculaires et de maux de tête très importants qui semblent s'accentuer lorsque vous évaluez ses réflexes photo-moteurs. L'inspection retrouve un exanthème morbilliforme discret prédominant aux épaules. Les réflexes ostéo-tendineux sont vifs et lorsque vous le manipulez vous mettez en évidence une impossibilité à fléchir les cuisses sans fléchir les genoux ainsi que des pleurs lorsque vous lui prenez les bras. Les constantes hémodynamiques sont normales.

1°) Quelle est votre analyse sémiologique de ce tableau ?

2°) Quel diagnostic évoquez-vous ?

3°) Comment le confirmer ?

4°) Que devriez-vous retrouver lors de cet examen ?

Peu de temps après l'arrivée de l'enfant, vous remarquez quelques petites tâches ecchymotico-nécrotiques sur le bras gauche de l'enfant, qui n'existaient pas lors de son arrivée et qui ne s'effacent pas à la vitropression.

5°) Que faut-il redouter ?

6°) Quelle sera la conduite à tenir en urgence ?

7°) Quels autres examens complémentaires peuvent être utiles ?

8°) Quelles sont les mesures de prévention que vous connaissez ?

1°) Quelle est votre analyse sémiologique de ce tableau ? (15 points)

Bactériémie avec **sepsis** : **(1)**
- **Fièvre probablement sous estimée (1)**
- **Frissons (1)**
- **Sueurs (1)**
- **Myalgies (1)**

Syndrome méningé : **(1)**
- **Céphalées** violentes **(1)** avec **photophobie (1)**
- **Hyperesthésie cutanée (1)**
- **Raideur méningée** (1) avec attitude en **chien de fusil** (1) et signe de **Kernig (1)**

Syndrome encéphalitique : (1)
- **Prostration (1)**
- **Convulsions (1)**

2°) Quel diagnostic évoquez-vous ? (10 points)

- **Méningite aiguë bactérienne grave (2*4 = 8)**
- Probablement à **méningocoque (2)** car hiver, notion d'épisode infectieux rhinopharyngé récent, exanthème morbilliforme.

3°) Comment le confirmer ? (15 points)

- **Ponction lombaire** pour recueil de LCR **(5)** :
  - Examen **cytologique (1)**
  - Examen **biochimique** : dosage de la glycorachie, de la protéinorachie et de la chlorurachie **(1)**
  - Examen **bactériologique direct** et mise en **culture (1)**
  - Prélever un ou plusieurs **tubes supplémentaires** pour d'éventuelles analyses ultérieures **(1)**
  - **Antibiogramme (1)**
- Après **scanner cérébral** visant à éliminer une hypertension intra-crânienne car dans ce cas convulsions **(5** et si oubli **ZERO)**

4°) Que devriez-vous retrouver lors de cet examen ? (6 points)

- **LCR trouble** (1)
- **Cellularité importante** à PNN **(1)**
- **Hypoglycorachie** (1)
- **Hyperprotéinorachie** (1)
- **Cocci Gram négatif au direct** (1)
- **Méningocoque** à la culture (1)

5°) Que faut-il redouter ? (10 points)

- **Purpura Fulminans (10** et si autre diagnostic **ZERO** au dossier).

6°) Quelle sera la conduite à tenir en urgence ? (17 points)

- **Urgence thérapeutique (1)**
- Prise en charge en **unité de soins intensifs** au besoin après transfert médicalisé **(2)**
- **Antibiothérapie IV sans attendre la ponction lombaire** par des C3G type Ceftriaxone ou Céfotaxime **(7** et si oubli ou attente bactériologie **ZERO**)
- **Corriger un état de choc** (2)
- Mesures associées :
  - **Oxygénothérapie** nasale **(1)**
  - **Voies veineuses** périphériques **(1)**
  - Scope ECG, **oxymétrie** de pouls **(1)**
  - **Antipyrétiques** type Paracétamol (1)
  - **Surveillance pluri-quotidienne** du purpura (1) : déshabiller l'enfant, marquer les lésions déjà présentes, noter l'heure de l'examen…

7°) Quels autres examens complémentaires peuvent être utiles ? (12 points)

- NFS, CRP, **ionogramme sanguin (3)**
- Glycémie, lactates **(2)**
- **TP,** TCA, plaquettes **(3)**
- **Bactériologie :**
  - Hémocultures **répétées (1** et si oubli **ZERO**)
  - **Recherche d**'antigènes solubles dans le sang et les urines (1)
  - Prélèvements de gorge (1)

Ces examens ne doivent en aucun cas retarder la mise en route de l'antibiothérapie (1 et si oubli **ZERO**).

8°) Quelles sont les mesures de prévention que vous connaissez ? (15 points)

- Maladie à **déclaration obligatoire** à la DDASS (**4** et si oubli **ZERO**)
- **Antibioprophylaxie** urgente chez les sujets ayant été en contact proche ou répété dans les 10 jours précédant l'hospitalisation (**4**) :
  - **Rifampicine** pendant 48 heures (600 mg x 2/jour adulte et 10 mg/kg enfant)
  - **Si allergie alors utiliser la Spiramycine** (3 millions d'unités x 2/jour pendant 5 jours).
- **Vaccination contre méningocoque A et C (4)**
- **Suppression du portage rhinopharyngé du patient par traitement de 48 à la Rifampicine (3)**

COMMENTAIRES DOSSIER 5

3°) Une normalité du fond d'œil n'élimine pas formellement l'existence d'une HTIC.

5°) Signes de gravité d'un purpura fulminans :

- Age < 1 an
  Retard diagnostic ou thérapeutique > 12h
- Evolution rapidement extensive
- Intensité de l'ischémie des extrémités
- SpO_2 non mesurable
- Absence de syndrome méningé
- Défaillance cardiorespiratoire
- Convulsions
- Troubles de conscience
- Coma

Il est responsable de 30 % des décès dus aux infections à Méningocoque.

8°) Qui traiter chez les enfants :

- Pouponnières, crèches et écoles maternelles : enfants et personnel.
- Ecoles primaires, collèges et lycées :
  - Survenue d'un seul cas : sujets ayant eu un contact fréquent avec le malade (camarades ou voisins habituels immédiats, au maximum à toute la classe).
  - Survenue de plusieurs cas dans la même classe : toute la classe.
  - Survenue d'un autre cas dans une classe différente : les 2 classes impliquées.
  - Survenue d'un 3ème cas ou plus dans au moins 2 classes différentes : ensemble de l'établissement.

DOSSIER 6

Mme Sophie H, âgée de 42 ans, 7ème geste 5ème pare, vient consulter en urgence pour céphalées depuis la veille et douleur épigastrique apparue le matin même. Sa grossesse s'est déroulée normalement, elle est suivie régulièrement dans votre service et ce jour, elle est au terme de 39 SA + 5jours. Elle est de groupe sanguin A, rhésus négatif, ses sérologies sont : toxoplasmose + ; rubéole - ; HIV - ; Ag Hbs - ; Ac anti Hbc +.

Elle mesure 1m60 pour 85 kg ; elle a pris 21 kg pendant sa grossesse. Le test de O'Sullivan n'a pas dépisté de diabète gestationnel.

Elle n'a pas d'antécédent médical ni chirurgical particulier.

Du point de vue obstétrical, elle a fait une IVG par aspiration et a fait une fausse couche ayant nécessité un curetage. Elle a accouché 4 fois normalement, son dernier accouchement a été marqué par une hémorragie de la délivrance.

Ce jour : T° = 36,5°C, PA = 190/110 mmHg, pouls = 93 battements/min

Son utérus est souple, elle dit avoir quelques contractions utérines peu douloureuses. La hauteur utérine est mesurée à 35 cm. Les mouvements actifs fœtaux sont normaux. Au toucher vaginal, le col est postérieur, mi-long, tonique, un doigt juste. La poche des eaux est intacte. Le rythme cardiaque fœtal est oscillant et réactif autour de 150 battements par minute et on objective 1 contraction utérine toutes les 5 minutes.

La bandelette urinaire montre : leucocytes + ; nitrites - ; protéines +++ ; glucose : +.

L'examen neurologique est normal, hormis des réflexes ostéo-tendineux vifs.

1°) Quel est votre diagnostic ? Justifiez.

2°) Expliquez-en brièvement la physiopathologie.

3°) Quels examens complémentaires demandez-vous ? Expliquez pour chacun d'eux ce que vous en attendez.

4°) Quelles complications maternelles peuvent survenir ? Quelle est votre surveillance ?

5°) Quel tableau clinique vous fera craindre la survenue d'un hématome rétro-placentaire ?

Compte-tenu du bilan et des conditions locales, vous décidez de déclencher votre patiente aux ocytociques. Elle se dilate très difficilement malgré une bonne dynamique utérine. Après 14 heures de travail, sous analgésie péridurale, Mme H accouche normalement, sous couverture d'une épisiotomie latérale droite, d'un garçon de 4340 g, 52 cm, Apgar 10, 10. La délivrance est dirigée et complète.

Deux minutes après l'accouchement, vous êtes appelé en urgence en salle de travail car la patiente saigne abondamment.

6°) Quels sont les facteurs de risque d'hémorragie de la délivrance que présente cette patiente ?

7°) Comment prenez-vous en charge la patiente dans un premier temps ?

Grâce à vos soins, tout rentre dans l'ordre. Mme H reste 4 heures en salle de travail en post-partum pour surveillance. La situation est stable.

8°) Quelle va être votre prise en charge en suite de couches ? La patiente ne désire pas allaiter.

1°) Quel est votre diagnostic ? Justifiez. (10 points)

- Il s'agit d'une **pré-éclampsie (6)** ou d'une toxémie gravidique (*synonyme*)
- Car : Pas ≥ 140 mmHg ou Pad ≥90 mmHg avec un protéinurie à +++ soit ≥ 0, 3g/24h. **(4)**

Le HELLP syndrome a une définition biologique. Même si la patiente a une barre épigastrique, vous ne pouvez affirmer qu'il s'agit d'un HELLP syndrome que si l'on vous fournit des éléments biologiques.

2°) Expliquez-en brièvement la physiopathologie. (10 points)

- La lésion initiale est un **trouble de la placentation (3)**, en tout début de grossesse. Cette anomalie de la placentation est à l'origine d'une mauvaise vascularisation placentaire, responsable d'une ischémie à certains endroits du placenta.
- Cette **ischémie placentaire (2)** a pour conséquences :
  - Sur le fœtus :
    → Un **retard de croissance intra-utérin (1)**
    → Un **oligoamnios (1)** par diminution de la diurèse par souffrance
  - Sur la mère : une libération de substances cytotoxiques altérant la paroi des vaisseaux.
    → **HTA (1)** par augmentation des résistances vasculaires
    → **Micro-angiopathie thrombotique (1)**
    → **Troubles de la coagulation (1)**

3°) Quels examens complémentaires demandez-vous ? Expliquez pour chacun d'eux ce que vous en attendez. (18 points)

- Rechercher un **HELLP syndrome (2)**
  - **Plaquettes (1)** : à la recherche d'une **thrombopénie (1)**
  - **NFS (1)** (Hb↙, schizocytes↗, haptoglobine↙, LDH↗ : à la recherche d'une **hémolyse (1)**
  - **Transaminases↗ (1)** : à la recherche d'une **cytolyse (1)**
- **Ionogramme**, urée, **créatinine (1)** : à la recherche d'une **insuffisance rénale (1)**
- **Protéinurie des 24 heures** +++ (définition) *(2)*
- **Uricémie↗** *(2)* : **pronostic fœtal (1)**
- **Hémostase (1)** : pour dépister une complication à type de **CIVD (1)**
- **Groupe, Rhésus, RAI** : toujours !!! **(1)**

4°) Quelles complications maternelles peuvent survenir ? Comment surveillez-vous votre patiente ? (30 points)

- **HELLP syndrome (1)**
- Crise **d'éclampsie (1)**
- **Hématome rétro-placentaire (1)**
- **Coagulation intra-vasculaire disséminée (1)**
- **Œdème aigu du poumon (1)**
- **Décollement de rétine (1)**
- **Insuffisance rénale aiguë** avec anurie **(1)**
- **Décès** maternel **(1)**

Surveillance clinique :
- Surveillance de la **tension artérielle** par Dynamap **(1)**
- Signes cliniques **d'hypertension artérielle (1)**
- Recherche **d'œdèmes des membres inférieurs (1)**
- Rechercher **le signe de Chaussier (barre épigastrique) (1)**
- Surveillance du **poids (1)**
- Surveillance de la **diurèse (1)**
- Réflexes ostéo-tendineux **(1)**

Surveillance biologique :
- **Protéinurie** des 24 heures **(2)**
- **Ionogramme**, urée, **créatininémie (1)**
- **Uricémie (1)**
- **Transaminases (2)**
- **Plaquettes (2)**
- **NFS** + bilan **d'hémolyse (2)**
- **Hémostase (1)**

Surveillance fœtale +++ **(2)**
- **Rythme cardio-fœtal** 3 fois par jour **(1)**
- **Echographie** régulière **(1)**

5°) Quel tableau clinique vous fera craindre la survenue d'un hématome rétro-placentaire ? (5 points)

- **Douleur abdominale brutale, permanente (0,5 + 0,5)**

Le caractère permanent de la douleur est très important, il permet de distinguer cette douleur à des contractions utérines

- **Métrorragie de sang noirâtre de faible abondance (0,5)**
- Dans un contexte **d'HTA (0,5)**
- **Utérus dur « de bois »**, sans relâchement **(1)**
- **Augmentation de la hauteur utérine (1)**
- BU : **protéinurie (1)**

Compte-tenu du bilan et des conditions locales, vous décidez de déclencher votre patiente aux ocytociques. Elle se dilate très difficilement malgré une bonne dynamique utérine. Après 14 heures de travail, sous analgésie péridurale, Mme H accouche normalement, sous couverture d'une épisiotomie latérale droite, d'un garçon de 4340 grammes, 52 cm, Apgar 10, 10. La délivrance est dirigée et complète.
Deux minutes après l'accouchement, vous êtes appelé en urgence en salle de travail car la patiente saigne abondamment.

6°) Quels sont les facteurs de risque d'hémorragie de la délivrance que présente cette patiente ? (5 points)

- **Multiparité** (1)
- **Travail long (1)**
- **Surdistension utérine** : macrosomie **(1)**
- **Antécédent d'hémorragie de la délivrance (1)**
- **Pré-éclampsie (1)**
- **Curetages répétés** (pas assez répétés dans ce cas !!)

En fait, responsable d'anomalie d'insertion du placenta avec un risque accru de placenta praevia, accreta et donc un risque d'hémorragie de la délivrance

7°) Comment prenez-vous en charge la patiente dans un premier temps ? (12 points)

- Mettre en place un dispositif pour évaluer les pertes sanguines (sac à sang)
- **Réanimation maternelle (2)**
  - S'assurer qu'il y ait 2 **voies d'abord** de bon calibre **(0,5)**
  - Oxygénothérapie
  - Mise en place d'un scope, **surveillance constante de la PA (0,5)**
  - Assurer une bonne hémodynamique : **remplissage vasculaire (0,5)**
  - Bilan en urgence : **NFS, Hémostase (0,5)**
  - Vérifier que la carte de groupe soit bien complète (2 déterminations dans le même laboratoire)
- **Sondage urinaire +++ (2)** (*geste très important, un globe vésical peut entraîner une mauvaise rétraction utérine*) voire pose d'une sonde à demeure
- **Révision utérine** en urgence **(2)** sous antibioprophylaxie (2g d'Augmentin® en IVD)

Systématique même si on vous dit dans l'énoncé que la délivrance est complète. On ne peut jamais être sure que la délivrance ait été réellement complète et la révision utérine doit être systématique afin de s'assurer d'une bonne vacuité utérine.

- **Ocytociques** IV **(1)** : Syntocinon® 5 UI IVD
- **Révision du col et du vagin sous valve (1)** ; suture si déchirure hémorragique
- **Massages utérin répétés +++ (1)**

Meilleur geste pour assurer un bon globe utérin, mais il doit être permanent...

- **Surveillance constante du globe utérin +++ (1)**

Les étapes suivantes ne sont pas à détailler car on vous a demandé la conduite à tenir dans un premier temps ; la situation est à réévaluer après ces premiers gestes.

Grâce à vos soins, tout rentre dans l'ordre. Mme H reste 4 heures en salle de travail en post-partum pour surveillance. La situation est stable.

8°) Quelle va être votre prise en charge en suite de couches ? La patiente ne désire pas allaiter. (10 points)

- **Examen clinique quotidien (1)**
  - Surveillance du **globe utérin (0,5)**
  - Surveillance des **lochies (0,5)**
  - **Température**, **PA (0,5)**
  - Palpation des **mollets (0,5)**
  - Recherche de signes fonctionnels urinaires, surveillance de la **diurèse (0,5)**
  - **Examen des seins (0,5)** *(même si elle n'allaite pas, vérifiez qu'il n'y ait pas de montée laiteuse)*
  - Examen du **périnée (0,5)** : surveillance de l'épisiotomie, soins locaux
- Evaluation de **l'état psychique (0,5)**
- **NFS** de contrôle à 48h **(1)**
- **Bromocriptine (1)** : **Parlodel®** ; 2cp/jour pendant 21 jours. A répartir par petites doses (1/2cpx4 /j) car il est souvent mal toléré (HTA, céphalées, malaise…)
- **Injection de gammaglobulines Anti-D** dans les 72 heures suivant l'accouchement **(2)**
- **Vaccination contre la rubéole** en suites de couches : Rudivax® **(1)**

DOSSIER 7

M. C., 19 ans, vient aux urgences suite à un "accident" de vélo ; ce jeune homme est un cascadeur en herbe, et alors qu'il s'entraînait à faire des cabrioles en cette fin d'après-midi, il s'est enfoncé le guidon de son vélo dans l'abdomen. Il a maintenant très mal et c'est ce qui l'a amené à venir à l'hôpital.
Il vous montre la région de l'hypochondre gauche pour vous situer le lieu de l'impact ; à l'inspection du tégument, vous ne retrouvez qu'un hématome modéré localisé au dit endroit du choc ; la palpation est effectivement très douloureuse...

1°) Y a-t-il une indication à opérer d'emblée ce malade ? Justifiez.

2°) Quelles sont les lésions que vous devez suspecter de principe ?

3°) Quels examens complémentaires demandez-vous ?

4°) Quelles mesures prenez-vous en attendant ?

5°) On met en évidence une atteinte de la rate qui permet une attitude attentiste ; quelle doit être la surveillance?

6°) L'état hémodynamique du malade se dégrade brutalement à H+14 ; quel diagnostic suspectez-vous? Quelle est la conduite à tenir en urgence ?

7°) Si un état septique était apparu, quel diagnostic aurait-il fallu évoquer?

1°) Y a-t-il une indication à opérer d'emblée ce malade ? Justifiez. (10 points)

NON (5)

La seule indication à opérer d'emblée (c'est-à-dire sans aucun examen complémentaire) les traumatismes fermés de l'abdomen est le choc hémorragique non contrôlé par la réanimation médicale (c'est-à-dire le remplissage vasculaire voire la transfusion de culots globulaires)

2°) Quelles sont les lésions que vous devez suspecter de principe ? (18 points)

Lésions pleuro-pulmonaires = **pneumothorax (2)**, **contusion pulmonaire**... **(2)**
Lésions de la paroi thoracique = **fractures costales (2)**, **volets costaux**... (2)
Lésions diaphragmatiques = **rupture diaphragmatique (2)**
Lésions spléniques = **hématome sous-capsulaire (2)**, **fracture (2)**, éclatement, arrachement du hile...
Lésions rénales gauches = **contusion (2)**, **dissection de l'artère rénale (2)**, arrachement du pédicule...

3°) Quels examens complémentaires demandez-vous ? (18 points)

Bandelette urinaire (3)

Biologie sanguine :

- **bilan pré-transfusionnel** (3) =NFS-plaquettes, groupe, rhésus, RAI, hémostase
- bilan hépatique complet, **ionogramme sanguin (2)**, **urée, créatinine (2), lipase (2)**, enzymes musculaires

Imagerie :

- **radio de thorax (2)** et de l'abdomen
- **échographie de l'abdomen (2)**
- **scanner abdomino-pelvien** (2) +/-thoracique

4°) Quelles mesures prenez-vous en attendant ? (9 points)

Laisser à jeûn (3)
Perfuser, soluté quelconque
Antalgiques (2)
Prévenir le chirurgien (2) et l'anesthésiste
Surveillance (2)

5°) On met en évidence une atteinte de la rate qui permet une attitude attentiste ; quelle doit être la surveillance ? (22 points)

Clinique :
- **constantes= pouls (3), TA (3), saturation (1), fréquence respiratoire (1), diurèse (2)**
- **douleur par EVA (1)**
- **l'hématome (1)**, qui doit être entouré au feutre
- **palpation abdominale répétée (2)**, à la recherche d'une défense

Biologique :
- **NFS-plaquettes (2)**, hémostase
- bilan hépatique complet, ionogramme sanguin, urée, **créatinine (2)**, **lipase (2)**, enzymes musculaires

Imagerie :
- **échographies répétées (2)** +/- complétées par un scanner de contrôle

6°) L'état hémodynamique du malade se dégrade brutalement à H+14 ; quel diagnostic suspectez-vous? Quelle est la conduite à tenir en urgence ? (16 points)

- **Rupture secondaire de rate (5)**

- **Urgence vitale (2)**
- Prélever un nouveau bilan (NFS-plaquettes…)
- Prévenir le bloc
- **Remplissage vasculaire voire transfusion de culots globulaires (5)**
- Transfert au bloc opératoire pour traitement chirurgical :
  - **Laparotomie (2)**
  - exploration et bilan des lésions
  - **geste d'hémostase (2)**, conservateur si possible
  - fermeture pariétale

- Surveillance

7°) Si un état septique était apparu, quel diagnostic aurait-il fallu évoquer ? (15 points)

Perforation d'organe creux (10)
Avec péritonite secondaire (5)

COMMENTAIRES DOSSIER 7

2°) Les dossiers de traumatologie sont généralement peu appréciés des étudiants car de réputation difficile ; pour tordre le cou à ce mythe, nous essaierons de faire passer le message suivant : 90 % des points peuvent être obtenus sur des critères purement logiques ; cette question en est l'exemple type : quelles sont les lésions potentielles? Eh bien, il suffit de se passer en revue l'anatomie de la région et d'énumérer les organes concernés...

3°) La bandelette urinaire recherche du sang ; une élévation des enzymes hépatiques doit alerter sur une éventuelle lésion du foie, de la lipase sur le pancréas... que de la logique on vous dit!
Pour ce qui est de l'imagerie :
-les radios standard ont l'avantage de la simplicité et de dépister bon nombre de lésions (on rappelle au passage que la fracture simple de côte est un diagnostic clinique)
-l'échographie est un très bon examen car simple, facilement reproductible (si possible par le même radiologue) et sensible (noter cependant qu'elle méconnaît volontiers les lésions spléniques précoces, d'échogénicité voisine de celle du parenchyme normal)
-scanner = examen de référence, c'est la laparotomie du 21e siècle!

5°) Cette attitude de surveillance "armée" est de plus en plus fréquente ; le scanner étant l'arme clé de la surveillance, il a permis d'éviter bon nombre de laparotomies exploratrices ces dernières années ; noter que les 2 principaux facteurs pronostics dans les traumas de rate sont :
-score scannographique de l'*american association for surgery of trauma* (>2 = pas bon)
-nombre de culots globulaires transfusés pour maintenir une hémodynamique satisfaisante (>2 = pas bon)

6°) La rupture de rate survenant secondairement (en 2 temps) est un grand classique ; le délai est de quelques heures à quelques jours (et des cas rapportés de plusieurs semaines existent dans la littérature). En cas de dossier se voulant transversal, des questions sur les mesures chez les patients splénectomisés paraissent toutes trouvées (surveillance des plaquettes, vaccinations, antibioprophylaxie par Oracilline...)

7°) 2 grands cas de figure dominent dans les traumatismes de l'abdomen :
-lésion d'organe plein (foie, rate, rein..) => complication hémorragique
-lésion d'organe creux (tube digestif, quel qu'il soit) => complication septique

DOSSIER 8

Vous recevez aux urgences M. T., 82 ans, adressé par S. O. S. - médecin de sa maison de retraite ; depuis hier, il souffre d'une diarrhée faite de 3 selles liquides par jour environ, non sanglantes, associée à des douleurs abdominales. il a vomi deux fois ; le personnel de l'institution, inquiet (il s'agit du 3e cas en une semaine), a préféré appelé un docteur, qui, devant l'état de M. T., l'a envoyé à l'hôpital... le patient n'a pas d'ATCD en dehors d'une maladie d'Alzheimer évoluée, qui a motivé le placement en résidence pour personnes âgées...

A l'arrivée : constantes : pouls = 102/min., TA = 100/70 mmHg, T = 38°C, saturation = 96 % en air ambiant.
A l'examen = état général moyen, altérations nettes des fonctions supérieures, abdomen douloureux de façon diffuse mais bien souple, peau sèche, pli cutané persistant...

Le bilan biologique demandé par votre externe est le suivant :
NFS : 7500 GB, Hb = 12,8 g/dL, 247 000 plaquettes
CRP = 14 mg/L
Na^+ = 127 mmol/L, K^+ = 2,9 mmol/L, Cl^- = 98 mmol/L, urée = 14 mmol/L, créatinine = 116 μmol/L.

1°) Quel diagnostic évoquez-vous ? Sur quels arguments ?

2°) Quel agent est le plus souvent en cause ?

3°) Comment se fait la transmission ?

4°) Quel moyen rapide connaissez-vous pour obtenir un diagnostic de quasi-certitude ?

5°) Quel est l'état d'hydratation de M. T. ? Quel élément fondamental manque pour l'apprécier ?

6°) Quels sont les principes du traitement et de la surveillance ?

1°) Quel diagnostic évoquez-vous ? Sur quels arguments ? (14 points)

Gastro-entérite aiguë (4), sur :
- **contexte épidémique (2)**
- tableau clinique typique :
  - **diarrhée liquide (2)**, peu abondante, sans glaires, pus, **sang ni débris muqueux (2)**
  - **douleurs abdominales diffuses modérées (2)**
  - **vomissements (2)**
  - pas d'argument pour un syndrome dysentérique/bactérien
  - pas d'argument pour une étiologie chirurgicale

2°) Quel agent est le plus souvent en cause ? (10 points)

Virus (5)
Type Rotavirus (5)

3°) Comment se fait la transmission ? (12 points)

Transmission féco-orale (4) *(et non oro-fécale, comme on le lit trop souvent…)*
Directe (4)
Ou indirecte, par le biais de l'eau ou des aliments (4)

4°) Quel moyen rapide connaissez-vous pour obtenir un diagnostic de quasi-certitude ? (13 points)

Recherche de l'antigène du virus dans les selles (10) :
- **Méthode immuno-enzymatique = ELISA (3)**
- Technique d'agglutination-latex

5°) Quel est l'état d'hydratation de M. T. ? Quel élément fondamental manque pour l'apprécier ? (24 points)

Déshydratation extra-cellulaire (8):
- tachycardie, hypotension artérielle
- peau sèche et pli cutané persistant (de moindre valeur chez le sujet âgé)
- insuffisance rénale d'allure fonctionnelle (urée plus élevée que la créatinine)

Hyper-hydratation intra-cellulaire (8) :
- hyponatrémie

L'élément manquant est le POIDS (8)

6°) Quels sont les principes du traitement et de la surveillance ? (27 points)

Hospitalisation
Urgence vitale (3)
Voie veineuse
Réhydratation extra-cellulaire par sérum salé isotonique (5) (qui est hypertonique chez lui d'ailleurs)
Supplémentation potassique (4) (2 à 3 grammes/L de K+ dans le sérum physiologique feront l'affaire)
Régime sans résidus et solutés de réhydratation orale (4)
Antalgiques, anti-émétiques (3), anti-diarrhéiques (ralentisseurs du transit autorisés)
Isolement entéral (4)

Surveillance (4) :

- clinique : pouls, TA, température, diurèse (+++, pénilex si besoin), pancarte des selles (qui doit préciser à chaque fois le nombre et l'aspect), EVA, pli cutané, sécheresse des muqueuses...
- ECG (à cause de l'hypo-kaliémie)
- biologique : ionogramme, urée, créatinine, profil urinaire

COMMENTAIRES DOSSIER 8

2°) Il en existe 7 sérotypes A, B, C, D, E, F, G.
Il existe d'autres agents responsables de gastro-entérite aiguë (Astrovirus, adénovirus, virus de Norwalk...) mais qui sont moins fréquemment rencontrés..

4°) Seul le sérotype A est ainsi détecté, mais c'est de loin le plus fréquent. La sensibilité et la spécificité sont assez bonnes.

5°) La cause de la déshydratation extra-cellulaire est évidente, il s'agit d'un perte d'eau et de sel dans les selles ; l'hyper-hydratation intra-cellulaire la conséquence indirecte de cette déshydratation extra-cellulaire : l'hypo-volémie stimule la sécrétion d'ADH = réabsorption d'eau "pure" ; de plus, il faut savoir :
-que les vomissements stimulent aussi la sécrétion d'ADH
-que les apports sont souvent hypo-toniques = eau car soif, mais pas d'aliments (donc pas de sel) car anorexie secondaire aux vomissements... bref, on est typiquement dans le multi-factoriel des troubles du sujet âgé.

6°)
- la déshydratation chez le sujet âgé constitue une urgence, du même ordre que chez le nourrisson ; ici le collapsus débutant impose la voie parentérale pour initier la réhydratation.
- la correction de la DEC suffit le plus souvent à corriger l'HIC et l'hyponatrémie, d'où l'absence de mesure "spécifique" ici..
- pas de jeûne chez le sujet âgé si possible (contribue à la dénutrition et la sur-infection bactérienne)
- l'isolement entéral est une mesure simple, obligatoire, et qui peut vous rapporter gros car il y a fort à parier que tout le monde ne va pas y penser ; de même il est de bon ton de prévenir la maison de retraite, afin qu'ils prennent les mesures adéquates s'ils n'ont pas envie de se retrouver au chômage technique..
- la surveillance de la diurèse est obligatoire dans les DEC, c'est une évidence mais on a parfois tendance à l'oublier...

DOSSIER 9

Vous recevez en urgence Mlle Z, 25 ans, qui vous est adressée avec un diagnostic d'accident vasculaire cérébral.
En voyant la patiente, vous constatez une asymétrie faciale de repos avec déviation des structures vers la droite. Il y a un effacement des ridules frontales et du pli naso-génien gauche. Lors de la tentative de fermeture des yeux, l'occlusion palpébrale gauche est impossible avec un œil qui se dévie en-haut et en-dehors. Mlle Z, qui se plaint également d'acouphènes droites et de céphalées, présente des troubles de l'élocution, avec une commissure labiale gauche tombante. Ces troubles sont permanents et le reste de l'examen neurologique est normal.

1°) Quel diagnostic évoquez vous au niveau facial ?

2°) Pourquoi pouvez-vous éliminer une origine centrale à ce problème ?

3°) Quelles différentes étiologies peuvent être en cause ?

4°) Quels examens complémentaires peuvent être utiles au stade initial ?

La patiente n'a pas d'antécédents particuliers mais est suivie par un dermatologue pour des lésions cutanées à type de petites tâches brunâtres inguinales. Par ailleurs vous remarquez une dizaine de zones hyperpigmentées de 2-3 cm^2 chacune réparties sur tout le corps.
Votre bilan para-clinique retrouve une baisse sévère de l'audition au niveau de l'oreille droite, avec un Weber latéralisé à gauche. L'impédancemétrie ne retrouve pas de réflexe stapédien et il n'y a pas de recrutement.

5°) Qu'évoquez-vous et pourquoi ? Que vous évoque alors l'ensemble de l'observation et pourquoi ?

6°) Quelle étiologie retenez-vous donc pour les troubles de la face ?

7°) Quels examens semblent alors indispensables ?

8°) Quelles mesures thérapeutiques allez-vous mettre en route pour le problème actuel ?

1°) Quel diagnostic évoquez vous au niveau facial ? (10 points)

- **Paralysie faciale périphérique (8)**
- **Gauche (2)**

NB : Si erreur de côté **ZERO**

2°) Pourquoi pouvez-vous éliminer une origine centrale à ce problème ? (10 points)

- Troubles concernant les **deux territoires du facial supérieur et inférieur (4)**
- **Absence d'autres signes neurologiques déficitaires** (2)
- **Absence de dissociation automatico-volontaire (2)**
- **Présence du signe de Charles Bell (2)** pathognomonique des PFP

3°) Quelles différentes étiologies peuvent être en cause ? (18 points)

- **Paralysie faciale périphérique *a frigore* (3)**
- Causes **otogènes (3)**
- Causes **néoplasiques (3)**
- Causes **infectieuses (3)**
- **Maladies générales (3)**
- **Traumatismes du rocher** (3)

4°) Quels examens complémentaires peuvent être utiles au stade initial ? (10 points)

- **NFS, VS, CRP (1+1+1)**
- **Glycémie (1)**
- **Sérologies virales (1)**
- Test de **Shirmer (1)**
- **Acoumétrie** et **audiogramme (1+1)**
- **Impédancemétrie** avec étude du **réflexe stapédien (1+1)**

5°) Qu'évoquez-vous et pourquoi ? Que vous évoque alors l'ensemble de l'observation et pourquoi ? (20 points)

Neurinome de l'acoustique (2) droit (2) car :

- **Surdité de perception (2) rétro-cochléaire (2)**
- **Absence de recrutement (2)**

L'ensemble nous oriente vers une **neurofibromatose de Recklinghausen** (4) :

- Présence de plus de **6 tâches café au lait (2)**
- **Tâches lentigineuses inguinales (2)**
- **Suspicion d'au moins un neurinome** associé **(2)**

6°) Quelle étiologie retenez-vous donc pour les troubles de la face ? (5 points)

- Suspicion de **neurinome du nerf facial gauche (5).**

7°) Quels examens semblent alors indispensables ? (12 points)

- **Radiographies standard (2)**
- **TDM abdominal (2)**
- **IRM cérébrale (2)** en séquences T1, T2 et T1 avec **injection de Gadolinium (2)**
- **PEA (2)**
- **Champ visuel automatisé (2)**

8°) Quelles mesures thérapeutiques allez-vous mettre en route pour le problème actuel ? (15 points)

- **Intervention chirurgicale (2)**
- Si possible **conservatrice (2)**
- Après **avoir recherché et éliminé un phéochromocytome (2)**
- **Ablation des neurinomes (2)**
- Envoi des pièces en anatomopathologie
- Mesures associées :
  - **Surveillance oculaire (2** et si oubli **ZERO)** : pommade, fermeture nocturne et protection diurne, au besoin tarsorraphie ou cerclage des paupières.
  - **Kinésithérapie** et auto-rééducation oculaire **(2)**
  - **Rééducation vestibulaire (2)**

COMMENTAIRES DOSSIER 9

La maladie de Recklinghausen :

- La plus fréquente des phacomatoses avec un cas sur 3000 naissances
- Neurofibromatose de type I dans 90% des cas, due à une anomalie du chromosome 17.
- Neurofibromatose de type II rare, due à une anomalie du chromosome 22
- Transmission de type autosomique dominant
- Forte pénétrance, soit près de 100%, avec une variabilité phénotypique importante.

Les patients peuvent être considérés comme atteints lorsqu'ils ont au moins deux signes parmi:

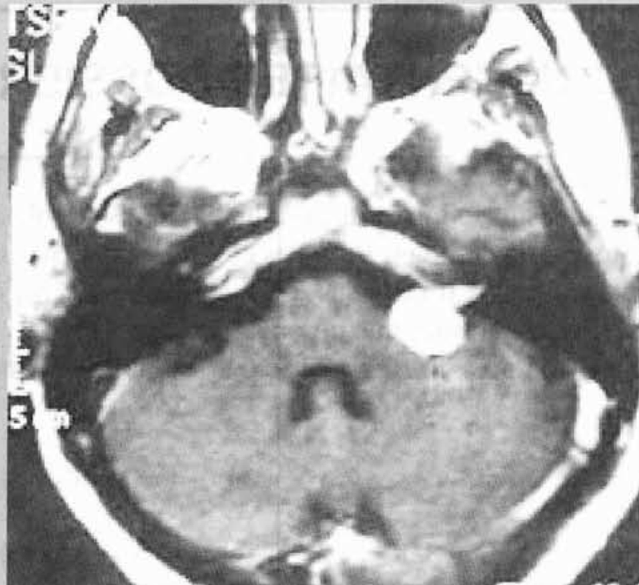
- Au moins six taches café au lait (>1,5 cm après la puberté et 0,5 cm avant)
- Au moins deux neurofibromes
- Un névrome plexiforme de la paupière
- Au moins deux nodules iriens de Lisch
- Un gliome optique
- Des lésions osseuses dysplasiques
- Des taches lentigineuses inguinales ou axillaires
- Des antécédents directs de neurofibromatose de type I

4°) Les explorations électriques :

- ENG : teste la stimulation détection, dans les deux premières semaines
- L'EMG surtout à partir de la troisième semaine
- Il n'existe actuellement aucun test sûr permettant de porter un pronostic de gravité dans les premiers jours

Tests à valeur topographique :

	SHIRMER	**REFLEXE STAPEDIEN**	**ELECTROGUSTOMETRIE**
Niveau de l'atteinte	**Hyposécrétion lacrymale**	**Hyperacousie douloureuse**	**Hémiagueusie des 2/3 antérieurs de la langue**
Supra-géniculée	**+**	**+**	**+**
Infra-géniculée mais supra-stapédienne	**-**	**+**	**+**
Infra-stapédienne et supra-cordale	**-**	**-**	**+**
Infra-cordale	**-**	**-**	**-**



(IRM : neurinome de l'acoustique)

DOSSIER 10

L'enfant D, 17 mois, est emmené par ses parents aux urgences pour prise en charge de douleurs abdominales évoluant depuis trois jours. Selon eux, ces douleurs évoluent par crises de quelques minutes, sont violentes et s'arrêtent tout aussi spontanément. Parfois des vomissements accompagnent ces crises, avec refus du biberon mais sans perte de poids. Un bilan sanguin prescrit par leur médecin traitant est normal.
Lorsque vous l'examinez, l'enfant semble calme et en bon état général. Il est fébrile à 38°C et vous remarquez une petite rhinorrhée droite. Soudain il pâlit, s'immobilise et commence à pleurer. La palpation de la fosse iliaque droite semble alors douloureuse.

1°) A quoi pensez-vous ? Quel est le diagnostic le plus probable ?

2°) Que manque-t-il dans votre examen clinique ?

3°) Quels examens peuvent vous être utiles ?

4°) Les premiers résultats d'examens reviennent. Décrivez l'image ci-contre.



5°) Que faut-il proposer ?

6°) Quels sont les critères de réussite de ce geste ?

1°) A quoi pensez-vous ? Quel est le diagnostic le plus probable ? (20 points)

- **Invagination intestinale aiguë iléo-colique (15)** le plus probable
- Autres causes de douleurs abdominales :
  - **Engouement herniaire (1)**
  - **Pneumopathies (1)**
  - **Appendicite (1)**
  - **Adénite mésentérique (1)**
  - Gastro-entérite aiguë **(1)**

2°) Que manque-t-il dans votre examen clinique ? (20 points)

- **Notion d'arrêt des matières et des gaz** à l'interrogatoire **(5)**
- **Recherche d'un boudin d'invagination à la palpation (5)**
- **Toucher rectal** à la recherche d'un **boudin (5)** ou d'une **rectorragie (5)**

3°) Quels examens peuvent vous être utiles ? (15 points)

- **ASP (5)**
- **Echographie abdominale (5)**
- **Bilan pré-opératoire (5)**

4°) Décrivez l'image ci-contre. (10 points)

- **Echographie abdominale (2)**
- Image en **sandwich (4)**
- Correspondant à la **coupe** de **profil (4)** de **l'invagination intestinale**

5°) Que faut-il proposer ? (15 points)

Lavement aux hydrosolubles ou bien à l'air **(7)** :

- **Affirme le diagnostic (2)**
- Images en **cocarde de face (2)** et en **pince de crabe de profil (2)**.
- **Traitement** de l'invagination par **désinvagination douce et progressive (2)**.

6°) Quels sont les critères de réussite de ce geste ? (20 points)

- **Opacification de tout le cadre colique et des dernières anses grêliques (5)**
- **Caecum bien visible (5)**
- **Absence d'encoche pariétale (5)**
- **Pas de réinvagination sur les clichés d'évacuation (5)**

COMMENTAIRES DOSSIER 10

3°) Le diagnostic de certitude repose sur l'échographie. Cet examen est très fiable et permet d'infirmer ou d'affirmer l'invagination lorsque le boudin est vu sous la forme d'une image en cocarde ou en sandwich, avec un centre échogène et une zone périphérique hypoéchogène.

La radiographie d'abdomen sans préparation peut donner des arguments en faveur de l'IIA en montrant la disparition de la clarté gazeuse du caecum dans la fosse iliaque droite, des dilatations hydro-aériques du grêle terminal, voire l'image directe du boudin sous la forme d'une opacité. L'ASP permet également de vérifier l'absence de pneumopéritoine.

***Causes d'IIA secondaire** :*
- Polypes
- Tumeurs
- Diverticule de Meckel
- Duplication
- Purpura rhumatoïde
- Post-opératoires

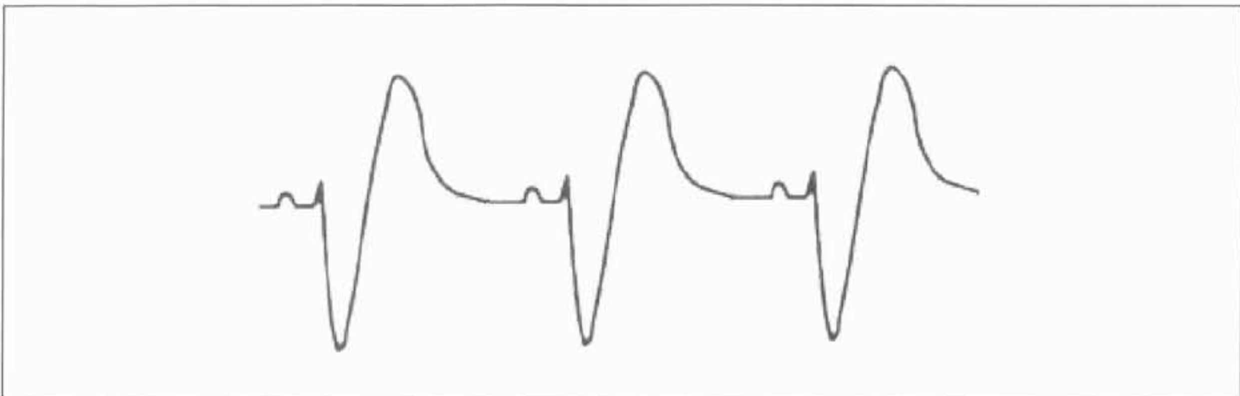
***Indications de la chirurgie** :*
- Echec ou contre-indications du lavement
- Récidives multiples
- Selon les cas, âge de survenue supérieur à 2 ans

DOSSIER 11

Vous êtes de garde aux urgences de l'hôpital de Chamonix. Le SAMU vous ramène 3 skieurs retrouvés inanimés dans leur refuge montagnard où ils s'étaient abrités de la tempête au cours de la nuit dernière. Lors de leur arrivée, vous êtes frappé par la coloration rougeâtre de leur peau, sur laquelle quelques phlyctènes sont apparues. Ils présentent par ailleurs une légère DTS et se plaignent de nausées accompagnées de vomissements épisodiques. Les constantes retrouvent des pouls à 68, 75 et 79/min avec des TA normales. Le 3ème patient se plaint également de douleurs dans les jambes.

1°) A quoi pensez-vous et pourquoi ? Quel élément de l'interrogatoire des membres du SAMU peut vous aider ?

2°) Le monitorage ECG du 3ème patient montre le tracé ci-dessous.



A quoi vous fait-il penser ? Quel en est le mécanisme probable et comment le confirmer ?

3°) Comment confirmez-vous le diagnostic principal ? Votre externe suggère de pratiquer un EEG. Qu'en pensez-vous ?

4°) Les valeurs de vos dosages sont respectivement de 19%, 21% et 32%. Qu'en pensez-vous ? Quels sont les risques majeurs encourus par les patients ?

5°) Quel doit être votre prise en charge en urgence ? Faut-il mettre en route une mesure thérapeutique particulière ?

6°) Décrivez les modalités de ce traitement.

48h après l'hospitalisation, alors que le tableau clinique tendait à s'améliorer, le second malade présente un syndrome infectieux fébrile avec toux associée. L'auscultation retrouve un foyer pulmonaire basal droit.

7°) A quoi pensez-vous ? Comment confirmer le diagnostic ?

L'évolution des patients étant finalement jugée satisfaisante dans les jours suivants, leur sortie est autorisée au bout d'une semaine d'hospitalisation. 5 jours après leur retour à domicile, l'un des patients est réhospitalisé en urgence en raison de la survenue brutale d'une crise convulsive.

8°) Qu'en pensez-vous ?

1°) A quoi pensez-vous et pourquoi ? Quel élément de l'interrogatoire des membres du SAMU peut vous aider ? (15 points)

- **Intoxication au monoxyde de carbone (5)**
- Contexte **hivernal (1)**
- **Milieu fermé** peu aéré **(1)**
- **Intoxication collective (1)**
- Signes cliniques : **teinte cochenille (1)**, **phlyctènes (1)**, **troubles conscience (1)**, **signes digestifs (1)** et **cardio-respiratoires (1)**
- Interrogatoire SAMU à la **recherche d'une source d'intoxication (2)** dans le refuge : brasero, feu mal éteint, vieux poêle...

2°) A quoi vous fait-il penser ? Quel en est le mécanisme probable et comment le confirmer ? (11 points)

- **Hyperkaliémie (1)** devant cette **onde T ample et pointue (2)**
- Par probable **rhabdomyolyse (3)**
- Dosage de la **kaliémie (1)**, des **CPK-MM (1)**, de la **myoglobinémie (1)** et de la **myoglobinurie (1)**
- Dosage de la créatinine
- Surveillance des urines à la recherche d'une **coloration rouge (1)** et de la diurèse

3°) Comment confirmez-vous le diagnostic principal ? Votre externe suggère de demander un EEG. Qu'en pensez-vous ? (10 points)

- Dosage du **CO plasmatique (4)**
- Si possible **avant toute oxygénothérapie (4)**
- **Aucun intérêt en urgence pour le diagnostic (2)**

4°) Les valeurs de vos dosages sont respectivement de 19%, 21% et 32%. Qu'en pensez-vous? Quels sont les risques majeurs encourus par les patients ? (15 points)

- **Confirme l'intoxication (3)**
- Car **valeurs > 15% (2)**
- **Intoxication grave pour le 3ème patient car taux > 30% (2)**
- Risque **de décès (2)**, de **séquelles neurologiques (2)**
- Pour le 3ème patient **risques cardiaques (2)** et **rénal (2)**

5°) Quelle doit être votre prise en charge en urgence ? Faut-il mettre en route une mesure thérapeutique particulière ? (15 points)

- **Urgence thérapeutique (1)**
- Mesures de **réanimation standard (1)**
- **Monitorage cardio-respiratoire (1)**
- **Oxygénothérapie** au masque **(3)**
- **Caisson d'oxygénothérapie hyperbare (3)** car signes **neurologiques (1)** et **intoxication grave (1)**.

- **Après avoir corrigé l'hyperkaliémie** dans le cas du 3ème patient **(3** et si oubli **ZERO)**

6°) Décrivez les modalités de ce traitement. (10 points)

- **1 h à 3 atmosphères (2)**
- **Après administration de gouttes auriculaires (2)**
- En **présence d'un médecin (2)**
- **15 minutes de compression et 15 de décompression (2)**
- Suivie d'un **relais par O_2 fort débit au masque (2)**

7°) A quoi pensez-vous ? Comment confirmer le diagnostic ? (12 points)

- **Pneumopathie (2) bactérienne (2) aiguë (2)** basale **droite (1)**
- Par syndrome **d'inhalation (3)**
- **Radiographie pulmonaire** face et profil **(2)**

8°) Qu'en pensez-vous ? (12 points)

- **Syndrome post-intervallaire (8)** car
- Survient après un **intervalle libre** de pseudo-guérison **(2)**
- **Complication fréquente des intoxications** au CO **(2)**

COMMENTAIRES DOSSIER 11

2°) Les signes ECG en faveur d'une hyperkaliémie sont :
- Onde P aplatie
- Espace PQ long
- QT court
- Aspect de bloc de branche inter-ventriculaire
- Ondes T amples et pointues

3°) L'EEG peut mettre en évidence :
- Tracé lent diffus, parfois asymétrique ou irritatif.
- Pointes ondes localisées ou diffusées.

5°) Les contre indications au caisson sont :
- OAP
- Choc cardiogènique
- Troubles sévères du rythme cardiaque
- Otites bilatérales non traitées

DOSSIER 12

M. G., 57 ans, est amené aux urgences par son épouse car il vomit du sang depuis quelques heures ; un bref interrogatoire recueille les informations suivantes :
-antécédents personnels : hypertension artérielle, accident de la voie publique il y a quelques années avec fractures multiples de la jambe droite.
-antécédents familiaux de diabète
-travaille dans un lycée, fume une quinzaine de cigarettes/jour et boit trop selon sa femme...

1°) Quels sont les diagnostics différentiels d'une hématémèse?

2°) Quelles sont les origines possibles d'un tel saignement ?

Vous installez rapidement M. G. dans un box ; ses constantes sont correctes, il est angoissé, il s'agit du 1er épisode de ce type ; votre examen retrouve un patient sub-ictérique, en bon état général ; l'auscultation cardio-pulmonaire est sans particularité, l'abdomen est le siège d'une circulation veineuse épigastrique, il est souple mais vous palpez une hépatomégalie dure. Enfin vous remarquez des angiomes cutanés sur le thorax.

3°)

a) Quel élément de l'examen manque ici ?
b) Quel diagnostic évident portez-vous ?
c) Quelles sont les causes probables du saignement actuel ?
d) Quelle est la plus fréquente ?

4°) Quelles sont les premières mesures à mettre en œuvre aux urgences ?

5°) Quel est ensuite le traitement spécifique ?

6°) En cas d'échec du traitement de 1ère ligne, quelles sont les options possibles ?

7°) Comment prévenir la récidive hémorragique ?

1°) Quels sont les diagnostics différentiels d'une hématémèse ? (9 points)

Saignement provenant de la sphère ORL (3) ou stomato, dégluti puis vomi
Hémoptysie *(=rejet de sang par la bouche au cours d'un effort de toux et provenant des voies aériennes sous-glottiques)*
Vomissements de vin rouge (3) éventuellement *(une bandelette urinaire permet de détecter la présence de sang et de ne pas se méprendre)*

2°) Quels sont les origines possibles d'un tel saignement ? (12 points)

Œsophage (4)
Estomac (4)
Duodénum (4)

Vous installez rapidement M. G. dans un box ; ses constantes sont correctes, il est angoissé, il s'agit du 1er épisode de ce type ; votre examen retrouve un patient sub-ictérique, en bon état général ; l'auscultation cardio-pulmonaire est sans particularité, l'abdomen est le siège d'une circulation veineuse épigastrique, il est souple mais vous palpez une hépatomégalie dure. Enfin vous remarquez des angiomes cutanés sur le thorax.

3°) a) Quel élément de l'examen manque ici ?
b) Quel diagnostic évident portez-vous ?
c) Quelles sont les causes probables du saignement actuel ?
d) Quelle est la plus fréquente ? (26 points)

a) **le toucher rectal (6)** : recherche un méléna ou plus rarement du sang rouge

b) **cirrhose éthylique probable (6)**

c) Les causes probables du saignement sont :

- **rupture de varices œsophagiennes (2)**
- **rupture de varices gastriques (2)**
- **syndrome de Mallory-Weiss (2)**
- **ulcère gastro-duodénal (2)**
- **gastropathie d'hypertension portale (2)**

d) **Rupture de varices œsophagiennes (4)**

4°) Quelles sont les premières mesures à mettre en œuvre aux urgences ? (18 points)

Urgence médico-chirurgicale (2)
Laisser à jeun, prévenir l'endoscopiste et l'anesthésiste
Monitorage continu des constantes = pouls, TA, saturation (=scope)
Prélever un bilan biologique (2) : NFS-plaquettes, bilan pré-transfusionnel, hémostase, ionogramme sanguin, urée, créatinine, bilan hépatique complet
Pose de 2 voies veineuses de bon calibre
Remplissage vasculaire voire transfusion de concentrés érythrocytaires (2)
Oxygénothérapie nasale voire au masque à haute concentration (2)
Pose d'une sonde naso-gastrique (2)
Drogues vaso-actives intra-veineuses (2) (en pratique=sandostatine IVSE)
Inhibiteurs de la pompe à protons (2) en intra-veineux également
Assurer la vidange gastrique=macrolides (type érythromycine) en intra-veineux
Antibiothérapie prophylactique des surinfections = **quinolone (2)**
Prévention de l'encéphalopathie hépatique par **lactulose** (intérêt non démontré) **(2)**
Surveillance

5°) Quel est ensuite le traitement spécifique ? (13 points)

En urgence ! (2)
Endoscopie œso-gastro-duodénale (3)
Chez un malade :

- **stable sur le plan hémodynamique (1)**
- **sédaté, intubé et ventilé en cas de troubles initiaux de la conscience ou de la vigilance. (1)**

A visée diagnostique et thérapeutique = geste d'hémostase → **ligature (4)** généralement préférée à la sclérose (pas plus efficace mais aux effets indésirables plus nombreux)
Surveillance (2) des récidives hémorragiques précoces (fréquentes)

6°) En cas d'échec du traitement de 1ère ligne, quelles sont les options possibles ? (10 points)

Nouvelle endoscopie ++++ (4)
Sonde de tamponnement (2) (sonde de Blakemore pour les varices œsophagiennes, de Linton pour les varices gastriques)
TIPS (2) (anastomose porto-cave par voie transjugulaire)
A l'extrême anastomose porto-cave chirurgicale (2)

7°) Comment prévenir la récidive hémorragique ? (12 points)

2 mesures "spécifiques", souvent associées :

- **βbloquants non cardio-sélectifs type Propanolol-Avlocardyl® (4)** (diminuent la pression portale)
- **Programme de ligatures itératives (4)** des varices œsophagiennes

Surveillance endoscopique (2) dans tous les cas

Traitement non spécifique = **prise en charge de la cirrhose (2)→** arrêt de l'alcool, éradication d'un éventuel virus associé…

COMMENTAIRES DOSSIER 12

2°) petit rappel → une hémorragie digestive haute provient des segments sus-cités, elle se manifeste par une hématémèse et/ou un méléna (exceptionnellement des rectorragies)

3°) L'élément clinique le plus important pour apprécier la tolérance de l'hémorragie est le POULS ! Une tachycardie > 100/min est inquiétante

4°) L'emploi de la sonde naso-gastrique, très classique, est de moins en moins recommandé, et n'est donc pas côté ici ; son intérêt est de confirmer l'existence d'un saignement au cas où on ne l'aurait pas constaté aux urgences, de vider l'estomac avant la fibroscopie et d'assurer une hémostase (ce qui n'est valable que pour les lésions qui saignent peu).

Attention, pas de remplissage excessif dit la conférence de consensus, sous peine de pérenniser le saignement ou de favoriser les récidives précoces… un hématocrite entre 25 et 30% est raisonnable

5°) Pour ceux qui ont mis dans ce cadre les drogues vaso-actives et les IPP, c'est accepté car cela fait partie des mesures spécifiques, mais si vous voulez un conseil, administrez tout cela aux urgences = le plus tôt est le mieux ; si vous avez un doute le jour du concours, alors mettez-les dans les 2 cadres, on ne peut pas vous enlever de points pour ça…

DOSSIER 13

De garde en pédiatrie, vous recevez la jeune Pauline, 3 ans, amenée par les pompiers pour prise en charge d'une dyspnée brutale avec fièvre à 39°C et frissons évoluant depuis 2 heures et s'aggravant progressivement.
L'enfant est anxieuse et un peu agitée, sa voix est étouffée et vous notez la présence d'une dysphagie avec hypersialorrhée associée. Sa TA est à 170/85 mmHg avec un pouls à 90/min.
Suspectant un corps étranger, son médecin traitant lui a fait passer une radiographie dont voici le résultat.



1°) Décrivez la radiographie ci-contre. A quoi pensez-vous ?

2°) Quels autres éléments cliniques seraient en faveur de ce diagnostic ?

3°) Quels signes de gravité retenez-vous dans ce cas ?

4°) La maman vous dit avoir donné un sirop antitussif à Pauline afin de tenter de la soulager et que depuis elle semble aller mieux. Qu'en pensez-vous ?

5°) Quels gestes sont proscrits chez cette enfant ?

6°) Quel germe peut être en cause ?

7°) Quel sera votre traitement ?

1°) Décrivez la radiographie ci-contre. A quoi pensez-vous ? (15 points)

Rachis cervical de profil (3)
Epaississement des parties molles para-laryngées (3)
Epaississement de l'épiglotte (3)
Sans anomalies osseuses ni corps étranger visualisé (1+2)
En faveur d'une **épiglottite aiguë infectieuse (3)**

2°) Quels autres éléments cliniques seraient en faveur de ce diagnostic ? (15 points)

- **Adénopathies cervicales (3)**
- **Enfant penché en avant (3), bouche ouverte (3), refusant de s'allonger (3)**
- **Grosse épiglotte (3)** vue lors de l'examen endo-buccal

3°) Quels signes de gravité retenez-vous dans ce cas ? (15 points)

- **Durée des troubles > 1 heure (5)**
- Signes d'**insuffisance respiratoire aiguë (5)** : sueurs, HTA et tachycardie
- Signes **neurologiques (5)** : agitation

4°) La maman vous dit avoir donné un sirop antitussif à Pauline afin de tenter de la soulager et que depuis elle semble aller mieux. Qu'en pensez-vous ? (12 points)

- **Contre-indication formelle des antitussifs, calmants ou sédatifs en cas d'épiglottite (1+1+1)** car **risque de troubles respiratoires (3)**
- **Attention à l'impression de fausse amélioration traduisant l'épuisement de l'enfant (6)**

5°) Quels gestes sont proscrits chez cette enfant ? (14 points)

- Mise en **décubitus forcé** de l'enfant **(5)**
- **Utilisation d'un abaisse langue (5)**
- **Examen endoscopique** à distance d'un plateau technique permettant une intubation en urgence **(4)**

6°) Quel germe peut être en cause ? (9 points)

- ***Haemophilus influenzae* (9)**

NB : Si plus d'un germe cité alors **(–3)**

7°) Quel sera votre traitement ? (20 points)

- **Urgence thérapeutique (2)**
- **Intubation (2** et si oubli **ZERO)** au bloc avec du **matériel de trachéotomie à proximité (2)**, **ventilation assistée au besoin (1)**
- **Antibiothérapie** (**3** et si oubli **ZERO)** IV par C3G après prélèvements bactériologiques pour une durée **de 21 jours (2)**
- **Corticothérapie générale d'appoint (2)**
- **Extubation vers le 2ème ou 3ème jour après contrôle fibroscopique (2)**
- **Surveillance (1)** en **USI (1)**
- **Prophylaxie des sujets contact par Rifampicine** sur 4 jours **(2)**

COMMENTAIRES DOSSIER 13

Etiologies des dyspnées :	
Dyspnée paroxystique	**Dyspnée d'effort**
• Acidose métabolique • Causes respiratoires • Causes cardio-vasculaires • Dyspnée laryngée	• Causes respiratoires • Causes cardio-vasculaires : IC gauche ou totale • Anémies profondes

1°) Rappel : le larynx présente 3 fonctions principales : respiration, phonation et déglutition. Chez l'adulte il a un calibre de 2-3 cm^2 alors que chez l'enfant le calibre laryngé est beaucoup plus faible (0,5 cm^2 vers l'âge de 1 an).

3°) Les signes de gravité respiratoires :
- Durée >1h
- Pâleur accentuée
- Irrégularité du rythme respiratoire avec pauses > 20 secondes
- Signes d'IRA : hypercapnie avec sueurs, tachycardie, HTA / hypoxie tardive et grave avec cyanose

Si 2 de ces symptômes sont réunis alors il faut prescrire de l'O_2 au masque voire songer à l'intubation ou à la trachéotomie.

DOSSIER 14

Un chirurgien est en train de pratiquer une appendicectomie sur un jeune immigré africain de 23 ans. Au cours de l'intervention, suite à une faute de manipulation de son instrumentiste, il s'entaille le pouce avec le bistouri.

1°) Quels sont les principaux risques auxquels est théoriquement exposé ce médecin ?

2°) Quelle est la conduite à tenir en urgence ?

3°) Quels sont les critères a priori péjoratifs que vous retenez dans ce cas ?

4°) Quelles sont les mesures associées à respecter ?

5°) Quelle sera la conduite thérapeutique à tenir en attendant les résultats ?

6°) Le patient source est négatif pour les différents prélèvements. Quelle sera la surveillance du chirurgien ?

7°) Quelles mesures de prévention permettent d'éviter ces accidents ?

1°) Quels sont les principaux risques auxquels est théoriquement exposé ce médecin ? (15 points)

- Infection par VIH : **risque de 0,3 % (5)**
- Infection par VHC : **risque de 3 % (5)**
- Infection par VHB : **risque de 30 %** en absence de vaccination **(5)**

2°) Quelle est la conduite à tenir en urgence ? (20 points)

- Nettoyage de la plaie : **sans faire saigner, lavage à l'eau et au savon puis tremper 10 min dans du Dakin ou de l'alcool à 70° (4)**
- **Appréciation du risque de transmission (4)**
- **Recherche du statut sérologique du patient lors de son réveil** : **(4)**
  - Dossier médical, interrogatoire du patient et de l'entourage
  - Sérologies (accord patient pour VIH et si oubli **ZERO**) : Ac anti HVC, Ac anti HIV, Ag HBs.
- Avis médical au mieux dans les 2 heures **(4)**
- **Proposition de prise en charge médicale (4)**

3°) Quels sont les critères a priori péjoratifs que vous retenez dans ce cas ? (10 points)

- **Risque intermédiaire** : coupure peu profonde à travers les gants **(3)**
- **Liquide contaminant** : sang **(3)**
- **Statut viral du patient inconnu (2)**
- **Patient de population à risque** : Africain, transplanté géographique **(2)**

4°) Quelles sont les mesures associées à respecter ? (10 points)

- **Déclaration de l'Accident de Travail avec AES dans les 48 h** auprès du cadre du service **(4)**
- **Rédaction d'un CMD initial** mentionnant le risque de contamination biologique **(3)**
- **Suivi en médecine du travail (3)**

5°) Quelle sera la conduite thérapeutique à tenir en attendant les résultats ? (10 points)

Proposition de **trithérapie prophylactique anti-rétrovirale (7)** :
- AZT + 3TC + Inhibiteur de protéase
- **D'abord pour les 48 premières heures (2)**
- **Puis poursuite éventuelle du traitement pour 4 semaines après réévaluation à la 48ème heure par le médecin référent. (1)**

6°) Le patient source est négatif pour les différents prélèvements. Quelle sera la surveillance du chirurgien ? (15 points)

- Ac anti HIV : J0, J8, M3 et M6 **(5)**
- Ac anti HVC et transaminases : J0 et J8 **(5)**
- Ag HBs et transaminases : J0 et J8 **(5)**

7°) Quelles mesures de prévention permettent d'éviter ces accidents ? (20 points)

- Vaccinations contre l'hépatite B **des personnes travaillant en milieu exposé (4)**
- **Respect des mesures d'hygiène hospitalières (4)**
- Assurer la formation et l'information **du personnel soignant (4)**
- Mesures de protection individuelles **: lunettes, gants... (4)**
- **Organisation adaptée du travail (4)**

COMMENTAIRES DOSSIER 14

Signes de primo-infection au VIH :

- Inconstants
- Surviennent environ 6 semaines après la primo-infection
- Comportent : fièvre, adénopathies, angine, éruption cutanée, céphalées, asthénie, anorexie, nausées, diarrhée...

2°) Eléments permettant d'évaluer le risque de transmission :

- Mécanisme et type de blessure : piqûre ou coupure profonde = risque maximum
- Matériel contaminant : aiguille creuse = risque maximum
- Nature du liquide biologique contaminant : sang = risque maximum
- Présence ou absence de moyens de protection individuels
- Etat clinique et sérologique du patient source

5°) Conduite à tenir thérapeutique pour le VIH :

TYPE EXPOSITION	SOURCE VIH INCONNU	SOURCE VIH NEGATIF
MAJEURE	Trithérapie	Trithérapie
INTERMEDIAIRE	Plutôt trithérapie	Trithérapie
MINEURE	Plutôt rien	Plutôt trithérapie

DOSSIER 15

M. D, jeune patient de 29 ans sans antécédents particuliers, vous est transféré 6 heures après un AVP. Coursier pour un restaurant local, il s'était retrouvé avec la jambe droite coincée entre une voiture et un mur pendant près de 10 minutes. A l'arrivée il est conscient et en bon état général. La TA est à 125/85mmHg et le pouls est à 72/min.
A l'examen, la jambe droite est pâle et froide, avec quelques phlyctènes cutanées. La palpation du mollet est douloureuse et la mobilisation volontaire est impossible. Vous notez un réflexe achilléen aboli et un rotulien indifférent. Il existe une hyposensibilité lors des tests sensitifs et la palpation des pouls ne permet de retrouver que le fémoral.

1°) Quel est votre diagnostic ?

2°) Que doit comporter le reste de votre examen clinique ?

3°) Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour affirmer votre diagnostic ?

4°) Quelles mesures thérapeutiques doivent être proposées ?

5°) Comme il s'agit d'un accident de travail, quelles mesures doivent être respectées ?

6°) Finalement l'amputation ne peut être évitée et par la suite l'état de santé du patient s'améliore progressivement. Lors de vos entretiens avec lui, M. D vous dit être très inquiet pour son travail. Qu'est qui pourra lui être proposé en matière de reclassement professionnel ?

7°) Quelles sont les conditions de reclassement en dehors de l'entreprise ?

1°) Quel est votre diagnostic ? (15 points)

- **Ischémie aiguë sensitivo-motrice (2)**
- Post **traumatique (2)**
- De la **jambe droite (1)**
- **Grave (2)** car **délai > 6 heures (2)** et **déficit** sensitivo-moteur **(2)**
- Probablement dans le territoire de l'**artère poplitée (2)** avec **atteinte des 3 axes vasculaires d'aval** (2)

2°) Que doit comporter le reste de votre examen clinique ? (25 points)

- **Examen bilatéral et comparatif (3)**
- Interrogatoire :
  - Heure de début, durée de l'ischémie, hauteur du territoire
  - Antécédents de cardiopathies emboligènes, autres antécédents cardio-vasculaires...
- Palpation :
  - **Palpation des pouls (3)** sur les autres trajets artériels
  - Evaluer les **autres réflexes ostéo-tendineux (3)**
- Examen général :
  - **Auscultation cardiaque (2)** et des **autres axes artériels (2)**
  - **Auscultation pulmonaire (2)**
  - Mesure de la **tension artérielle (2)**
  - **Motricité (2)**
  - **Sensibilité (2)**
  - **Etat cutané (2)**

3°) Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour affirmer votre diagnostic ? (10 points)

- **Aucun (10** et si examen cité **ZERO** DOSSIER)

4°) Quelles mesures thérapeutiques doivent être proposées ? (16 points)

- **Intervention chirurgicale en urgence (4** et si non citée ou bien retardée alors **ZERO** DOSSIER)
- **Prévenir patient de la possibilité d'une amputation (2)**
- **Revascularisation (2)** par pontage le plus souvent veineux
- **Contrôle artériographique** en per-opératoire **(2)**
- **Aponévrotomies** de **décharge (2** et si oubli **ZERO)**
- **Héparine** non fractionnée à doses efficaces associées en post opératoire (**2** et **si oubli ZERO**) avec début de **relais par anticoagulants oraux (2)**

5°) Comme il s'agit d'un accident de travail, quelles mesures doivent être respectées ? (16 points)

L'employeur :
- **Déclaration obligatoire de l'accident à la CPAM sous 48 h (2)**
- **Délivrance à la victime d'une feuille de soins AT triptyque** (2)
- **Envoi d'une attestation de salaire à la CPAM** afin de permettre le calcul des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail **(2)**

La victime :
- **Déclaration de l'AT à son employeur dans les 24 heures sauf cas de force majeure (2)**
- **Possibilité d'en informer la CPAM dont elle dépend jusqu'à la fin de la 2ème année suivant l'accident (2)**

Le médecin :
- **Etablit un** certificat médical initial **(2)**
- **Note ses actes sur la feuille de soins (2)**
- Etablit à la fin des soins un **certificat final descriptif (2)** de consolidation ± séquelles ou de guérison avec ou sans retour à l'état antérieur.

6°) Finalement l'amputation ne peut être évitée et par la suite l'état de santé du patient s'améliore progressivement. Lors de vos entretiens avec lui, Mme D vous dit être très inquiète pour son travail. Qu'est-ce qui pourra lui être proposé en matière de reclassement professionnel ? (12 points)

Dans l'entreprise :
- **Adaptation poste travail (2)**
- **Rééducation professionnelle (2)**
- **Mutation (2)**

En dehors de l'entreprise :
- **Placement en milieu protégé (2)**
- **Placement en centre d'aide pour le travail** ou en atelier protégé lorsque capacité de travail comprise entre 30 et 70 % **(2)**
- **Nouvelle formation professionnelle (2)**

7°) Quelles sont les conditions de reclassement en dehors de l'entreprise ? (6 points)

- Si l'entreprise ne peut effectuer un reclassement interne **(2)**
- **Après qu'un licenciement pour inaptitude médicale ait été prononcé (2)**
- **Inscription nécessaire comme demandeur d'emploi à l'ANPE (2)**

COMMENTAIRES DOSSIER 15

1°) L'ischémie aiguë sensitivo-motrice est une urgence thérapeutique en raison de la durée limitée de viabilité des tissus ne dépassant pas six heures. Elle nécessite le transport rapide médicalisé vers un centre spécialisé (ex. chirurgie vasculaire) après injection d'un antalgique et d'un bolus d'héparine.

Complications possibles :

- Rhabdomyolyse avec insuffisance rénale aiguë par nécrose tubulaire aiguë
- Dévitalisation des membres
- Nécrose, infection
- Risque d'amputation
- Complications iatrogènes

4°) Malgré les possibilités de traitement le plus souvent efficace, l'ischémie aiguë des membres inférieurs demeure une situation à risque élevé de décès ou d'invalidité sévère, surtout si le diagnostic et le traitement sont retardés. Actuellement on estime que les embolectomies donnent à 75 % de bons résultats, avec 10 % d'amputations et 15 % de décès.

5°) Selon l'article L. 411 du Code du Travail : "Est considéré comme accident du travail quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre que ce soit pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise. " La jurisprudence des tribunaux caractérise l'AT par l'existence d'un fait accidentel et d'un lien de causalité entre ce fait et le travail, la victime bénéficiant alors d'une présomption d'imputabilité.

7°) Il sera effectué un bilan de compétences, complété éventuellement par des examens complémentaires, une évaluation des acquisitions scolaires avec possibilité de formation d'alphabétisation ou d'examens psychotechniques en vue de pourvoir formuler des propositions.

DOSSIER 16

Une femme de 35 ans est amenée par les pompiers pour attaque de panique sur son lieu de travail.

1°) Quelle sémiologie est-elle en train de présenter ?

2°) Quelle est la conduite à tenir aux urgences ?

Une demi-heure plus tard, la patiente s'est détendue, et vous la voyez en entretien. Plutôt réticente, elle vous dit que tout va bien, qu'elle n'est pas folle et qu'elle n'a pas besoin de parler avec le psychiatre : « je suis est un peu surmenée en ce moment mais ça va aller. Je vais déjà mieux, je veux sortir d'ici, j'ai beaucoup de travail à faire ».

3°) Que faites-vous ?

La patiente vous raconte qu'il y a eu des remaniements sur son lieu de travail, une nouvelle équipe est arrivée, et depuis, l'ambiance est extrêmement tendue. Son travail lui pèse, elle n'y arrive plus ; elle, si active et si productive, oublie tout et est incapable de se concentrer sur ses projets. Elle a l'impression d'être sans arrêt débordée pourtant, dit-elle « je travaille toujours autant, peut-être même plus, je n'ai même plus le temps de manger, de toute façon je n'ai pas vraiment faim en ce moment, je suis nouée et en permanence». Elle parle très vite, et ne cesse de bouger les jambes. Elle vous avoue, les larmes aux yeux, être à bout, ne plus avoir envie de rien. Elle dort très mal en ce moment, elle passe des heures à ressasser ses problèmes professionnels et met parfois plusieurs heures à s'endormir.

4°) Quelle analyse sémiologique pouvez-vous faire ?

5°) Quels sont les deux éléments d'interrogatoire manquant ?

6°) Quels diagnostics évoquez-vous?

7°) Quelle est la conduite à tenir aux urgences ?

8°) La patiente veut partir et rentrer chez elle, que faites-vous ?

9°) Si la patiente était hospitalisée, quel traitement serait mis en place ?

1°) Quelle sémiologie est-elle en train de présenter ? (12 points)

Sémiologie de l'attaque de panique :

- **début brutal / fin brutale** (2)
- **absence de facteur déclenchant** (2)
- **durée brève** (2)
- trois catégories de symptômes
  - **Psychiques** (d'interrogatoire) : (2)
    - → angoisse envahissante, peur de mourir
    - → difficultés intentionnelles, flou de l'esprit
    - → idées de dépersonnalisation et ou de déréalisation
    - → hypersensibilité aux bruits, source de lumière.
  - **Somatiques** (examen clinique) : symptômes multiples (2)
    - → Pulmonaire (dyspnée, sensation d'étouffement)
    - → cardiaque (tachycardie palpitations douleur thoracique)
    - → symptômes généraux (tremblements, sueurs, nausée, vertige...)
  - **Manifestations comportementales : (2)**
    - → agitation ou paralysie totale
    - → fuite
    - → raptus anxieux : tentative de suicide, acte hétéro agressif.

2°) Quelle est la conduite à tenir aux urgences ? (8 points)

Isolement dans un box, (2)
Mise au calme, allongée (2)
Conduite médicale rassurante
Interrogatoire et examen clinique dès que possible
Au moindre signe d'appel examens complémentaires
Traitement médical per-os : anxiolytique : par exemple, **benzodiazépine** Xanax® 0,5 : 1 cp (2)
Surveillance (2)
Réitérer le traitement médicamenteux si nécessaire.

3°) Que faites-vous ? (5 points)

Rassurer la patiente (2,5) :
Entretien court, dans l'intérêt du patient.
Nécessité de l'**entretien psychiatrique** (2,5) : tout patient se présentant aux urgences d'un hôpital avec des symptômes d'attaque de panique doit être vu par le psychiatre.

4°) Quelle analyse sémiologique pouvez-vous faire ? (17 points)

Symptomatologie anxieuse au premier plan (5)
- **logorrhée anxieuse (1)**
- **agitation motrice anxieuse** (1)
- **attaque de panique**, anxiété constante (« je suis nouée en permanence ») (1)
- Insomnie d'endormissement (**ruminations anxieuses**) (1)

Symptomatologie **dépressive** : **(5)**
- **Ralentissement psychique** : troubles de concentration trouble de la mémoire **(1)**
- Ralentissement important ayant comme handicap une diminution des performances
- **Humeur dépressive (1)** : anhédonie, tristesse, douleur morale, vision négative d'elle-même, culpabilité
- **Symptômes physiques** (1) : anorexie, troubles du sommeil

5°) Quels sont les deux éléments d'interrogatoire manquant ? (15 points)

Absence de **recherche d'antécédents psychiatriques** permettant de préciser le diagnostic étiologique : (5)
Antécédents de syndrome dépressif, d'état maniaque chez la patiente ou dans sa famille. (2)
Antécédents d'attaque de panique, d'anxiété préexistante (existant avant la symptomatologie dépressive) **(2)**

Absence de **recherche d'idée suicidaire** : **(5)**
- **facteur de gravité** influençant la poursuite de la prise en charge **(1)**

6°) Quels diagnostics évoquez-vous ? (10 points)

Attaque de panique dans le cadre **d'une dépression à forte tonalité anxieuse (5)**
Attaque de panique dans le cadre **d'un trouble anxieux compliqué d'une dépression secondaire (5)**

7°) Quelle est la conduite à tenir aux urgences ? (10 points)

Attaque de panique relevant d'un syndrome dépressif : indications de **soins psychiatriques (5)**
Proposer une **hospitalisation (5)**

8°) La patiente veut partir et rentrer chez elle, que faites-vous ? (13 points)

En l'absence de consentement, **absence d'arguments pour une hospitalisation à la demande d'un tiers (6)**

Proposer des **soins ambulatoires** : **(6)**
- Coordonnées du centre médico psychologique donnés ou coordonnés de psychiatre libéral données
- **Expliquer à la patiente qu'elle peut se représenter aux urgences à tout moment** (en cas de crise, si elle désire l'hospitalisation ...) **(1)**

9°) Si la patiente était hospitalisée, quel traitement serait mis en place ? (10 points)

Hospitalisation en service libre (5) psychiatrique

Traitement médicamenteux :

- traitement **antidépresseur (2,5)** : inhibiteur de la recapture de sérotonine : Deroxat® 1cp/jour le soir
- traitement **anxiolytique (2,5)**
- traitement hypnotique si besoin

Psychothérapie de soutien

Surveillance clinique et paraclinique de l'efficacité et de la tolérance des traitements

DOSSIER 17

M. T est un patient de 45 ans chez lequel a été diagnostiqué un DNID et pour lequel un traitement par Daonil® a été instauré. Vous revoyez le patient aux urgences 10 jours plus tard en raison de l'apparition récente d'une fièvre à 39,5°C avec malaises, accompagnant une éruption cutanée érythémateuse peu à peu généralisée. Elle a été suivie par l'apparition de lésions surélevées arrondies et de couleur rouge sombre, diffusant en 2 à 5 jours. Enfin sont apparues des bulles plus ou moins confluentes donnant au patient un aspect en linge mouillé.
Lors de votre examen, vous êtes frappé par le décollement brutal et étendu de l'épiderme survenant au moindre toucher. La face antérieure de son thorax, ses fesses, sa cuisse droite, ses mains et ses pieds sont à vif. Le patient présente également de nombreuses lésions de la face interne des joues et du palais, très douloureuses, qui l'empêchent de bien s'alimenter.
Il est prostré et dit avoir perdu environ 3 kg.

1°) Quelle est votre analyse sémiologique ?

2°) Quel est votre diagnostic ?

3°) Une biopsie semble-t-elle nécessaire ? Que pourrait-on retrouver ?

4°) Quelle doit être votre prise en charge ?

5°) Quels sont les signes cliniques et biologiques de mauvais pronostic de cette pathologie ?

Deux jours après son admission, le patient se plaint de douleurs au niveau de l'œil droit. A l'examen, vous trouvez un œil rouge, larmoyant, s'accompagnant d'une baisse minime de l'acuité visuelle et d'une discrète photophobie. A gauche, vous remarquez un début de conjonctivite.

6°) Quel est votre diagnostic ? Quel autre élément clinique serait en faveur de ce diagnostic ?

7°) Que faites-vous ?

1°) Quelle est votre analyse sémiologique ? (20 points)

- **Syndrome pseudo-grippal** précurseur (2)
- **Altération de l'état général (2)**
- Atteinte **cutanéo-muqueuse** (2) et **palmo-plantaire** (2) :
  - **Erythème initial (2)**
  - **Macules (2)** et **bulles (2)** confluantes secondaires
  - **Signe de Nikolsky** (2) avec **atteinte > 30 %** (2)
  - **Erosions endo-buccales (2)**

2°) Quel est votre diagnostic ? (10 points)

- **Toxidermie bulleuse médicamenteuse** (4)
- Aux **sulfamides hypoglycémiants** (2)
- Type **épidermolyse nécrosante suraiguë** ou **syndrome de Lyell** (4)

3°) Une biopsie semble-t-elle nécessaire ? Que pourrait-on retrouver ? (13 points)

- **Oui** (2)
- But **médico-légal (2)**
- **Elimine des diagnostics différentiels** (3) : bulloses auto-immunes, épidermolyse staphylocccique et pustulose exanthématique généralisée.
- L'aspect histologique est celui d'une **nécrose de la totalité de l'épiderme** (2) avec un **derme peu altéré (1)**.
- L'immunofluorescence directe recherchant des **dépôts de C_1 est négative** (3)

4°) Quelle doit être votre prise en charge ? (21 points)

- **Urgence thérapeutique (1)**
- Hospitaliser en **USI (1)**
- **Arrêt immédiat des médicaments non indispensables et des sulfamides (4** si oubli **ZERO** DOSSIER)
- Traitements symptomatiques :
  - **Insulinothérapie (4)**
  - **Réhydratation (2)**
  - **Rénutrition** avec **régime hypercalorique** (2)
  - **Lutte contre les infections** : asepsie, recherche et traitement d'un point d'appel infectieux (4 et si oubli **ZERO)**
  - Réchauffement
  - Prévention des complications de décubitus
- **Surveillance (3)**

5°) Quels sont les signes cliniques et biologiques de mauvais pronostic de cette pathologie ? (12 points)

- **Age > 40 ans** (1)
- **Malignité (1)**
- **Infections (1)**
- **Lésions > 10 %** surface cutanée totale **(1)**
- **Troubles hémodynamiques (1)** avec FC > 120/min ou **choc (1+1)**
- **Pancytopénie (1)**
- **Insuffisance rénale (1)** avec **urée sanguine > 10 mmol/L** ou **bicarbonates sanguins < 20 mmol/L** (1+1)
- **Insuffisance hépatique (1)**

6°) Quel est votre diagnostic ? Quel autre élément clinique serait en faveur de ce diagnostic? (12 points)

- **Kératite aiguë droite (8)**
- Présence d'un **cercle péri-kératique (4)**

7°) Que faites-vous ? (12 points)

- **Collyres oculaires (4)**
- Mettre l'œil au repos par un **pansement oculaire (4)**
- Demande de **consultation d'ophtalmologie (4)**

COMMENTAIRES DOSSIER 17

1°) Il y a un continuum entre le syndrome de Steven-Johnson et le syndrome de Lyell car seule l'étendue du décollement les différencie : syndrome de Steven-Johnson si décollement inférieur à 10% de la surface cutanée, entre 10 et 30% zone de transition et supérieur à 30% alors Lyell.

4°) Mortalité de près de 20% surtout en cas d'apparition de facteurs de mauvais pronostic. Lourdes séquelles surtout au niveau ophtalmologique.

DOSSIER 18

M. M, patient africain de 46 ans, vient consulter en raison de difficultés respiratoires se majorant à l'effort et évoluant depuis 15 mois. Il vous apporte des radiographies prescrites par son médecin traitant.
M. M dit avoir un peu maigri et se plaint d'être souvent fatigué. Il ne se souvient pas d'avoir eu des problèmes de santé particuliers, mise à part une infection dans sa jeunesse pour laquelle il avait du prendre longtemps des médicaments.
A l'inspection, vous retrouvez une turgescence jugulaire permanente augmentant à l'inspiration. L'auscultation cardio-pulmonaire retrouve un 3ème bruit diastolique métallique dans la région sternale basse. La palpation et la percussion abdominale met en évidence un gros foie sensible et une petite matité déclive des flancs, mobile au changement de position. Enfin, les membres inférieurs semblent gonflés.
Le patient est apyrétique et le reste de son examen est jugé comme normal.



1°) Interprétez le cliché radiologique.

2°) Interprétez les signes cliniques.

3°) Quel est votre diagnostic ?

4°) Quels examens pouvez-vous demander ?

Quelques heures après son hospitalisation, l'infirmière vous appelle car votre patient présente des nausées accompagnées de vomissements abondants. Lorsque vous le voyez, M. M est prostré, avec une TA à 95/78 mmHg et un pouls à 76/min. Il est fébrile à 38°C mais sans frissons, se plaint d'avoir soif et décrit des douleurs abdominales intenses non localisées.
A l'examen : ses yeux sont cernés et sa bouche sèche, avec un pli cutané > 4 secondes. Il n'a pas de défense abdominale.
Les premiers résultats de vos prélèvements sanguins : GR 3, 14, GB 8900, Hb 10g/dL, Na^+ 128 mmol/L et K^+ : 6 mmol/L.

5°) Que craignez-vous ?

6°) Quels sont les principes de la prise en charge de cet accident ?

7°) Comment éviter à l'avenir ce genre d'accidents ?

1°) Interprétez le cliché radiologique. (10 points)

- **Cliché thoracique (1)**
- **De profil** (1)
- Montrant des **calcifications péricardiques (4)**
- En **coque (2)**
- **Sans autres anomalies associées (2)**

2°) Interprétez les signes cliniques. (18 points)

- **Dyspnée (2)**
- **Asthénie (1)**
- Altération de l'état général **(1)**
- **Vibrance diastolique (2)**
- Signes **d'insuffisance cardiaque droite (2)** :
  - **Turgescence jugulaires (2)** avec **signe de Kussmaul (2)**
  - **Hépatalgies (2)**
  - **Syndrome de Pick (1) : ascite (1), œdème des membres inférieurs (1)** et **hépatomégalie** (1)

3°) Quel est votre diagnostic ? (12 points)

- **Péricardite (3)**
- **Chronique (3)**
- **Constrictive (3)**
- **Probablement tuberculeuse (3)**

4°) Quels examens pouvez-vous demander ? (15 points)

- **NFS, CRP, ionogramme sanguin (1+1+1)**
- **ECG (2)**
- **Echographie doppler cardiaque (3)**
- **Cathétérisme droit (3)**
- **TDM** et/ou **IRM pour bilan lésionnel (2+2)**

5°) Que craignez-vous ? (15 points)

- **Insuffisance surrénale aiguë (5** et si autre diagnostic **ZERO** dossier)
- **Décompensant une insuffisance surrénale chronique (5)**
- D'origine **tuberculeuse (3)**
- **Jusqu'alors latente (2)**

6°) Quels sont les principes de la prise en charge de cet accident ? (15 points)

- **Urgence thérapeutique (1)**
- **Après avoir prélevé un dosage de cortisol plasmatique (1)**
- Mais **sans attendre des résultats d'examens complémentaires (1** et si oubli **ZERO)**
- **Compenser le déficit hormonal (3** et si oubli **ZERO)** :
  - **Hémisuccinate d'hydrocortisone (1)** en perfusion continue après une dose de charge avec diminution progressive des doses
  - **Fludrocortisone (1)** en association orale
  - Relais oral de l'hydrocortisone après quelques jours
- *Mesures associées :*
  - ***Remplissage vasculaire (2)***
  - ***Rééquilibration hydro-électrolytique (2)***
  - Recherche et **traitement d'un facteur déclenchant (2** et si oubli **ZERO)**
- **Surveillance (1)**

7°) Comment éviter à l'avenir ce genre d'accidents ? (15 points)

- **Port de carte (2)**
- **Education du patient (1)**
- **Hormonothérapie substitutive à vie (2** et si oubli **ZERO)** pour l'insuffisance surrénale chronique
- **Suivi médical régulier (1)**
- **Mesures de prévention (1)** de l'insuffisance surrénale aiguë :
  - **Adaptation de la posologie de l'hydrocortisone au stress (4)**
  - **Passer à une forme injectable en cas d'intolérance alimentaire (1)**
  - **Traiter comme une insuffisance surrénale aiguë les cas de stress majeur (1)**
  - **Régime normalement salé (1)**
  - **Eviter les diurétiques (1)**

COMMENTAIRES DOSSIER 18

2°) Maladie rare entraînant une constriction péricardique avec gêne au remplissage diastolique cardiaque. Le péricarde est fibreux, épaissi et plus ou moins calcifié. A un stade avancé il existe une dégénérescence fibreuse myocytaire irréversible. L'adiastolie se traduit à droite par une dilatation veineuse et à gauche par une diminution du volume d'éjection systolique. A l'effort la compensation est impossible, d'où une aggravation de la symptomatologie fonctionnelle.

3°) Résultats examens :

Le cathétérisme cardiaque :

- Egalisation des pressions de remplissage dans les quatre cavités
- Modifications de la morphologie des courbes
- Diminution du débit cardiaque
- La courbe de pression ventriculaire droite montre une dépression proto-diastolique suivie d'une remontée brutale et d'un plateau horizontal.
- Les courbes des pressions auriculaires reproduit un aspect en M ou en W.
- Augmentation et égalisation des pressions dans les veines caves, l'OD, la pression diastolique de l'AP et la pression capillaire.
- Diminution minime de l'index cardiaque au repos

Le scanner et l'IRM :

- Epaississement péricardique > 2 mm
- Visualisation des calcifications
- Modifications du péricarde en dehors de toute exposition à des radiations ionisantes et sans injection de produit iodé

4°) Le traitement antituberculeux :

Association quadruple pendant 2 mois :

- Pyrazinamide (Pirilène®) 30 mg / Kg /J
- Isionazide (Rimifon®) 5 mg / Kg/J
- Ethambutol (Dexambutol®) 20 mg / Kg /J
- Rifampicine (Rifadine®) 10 mg / kg / J

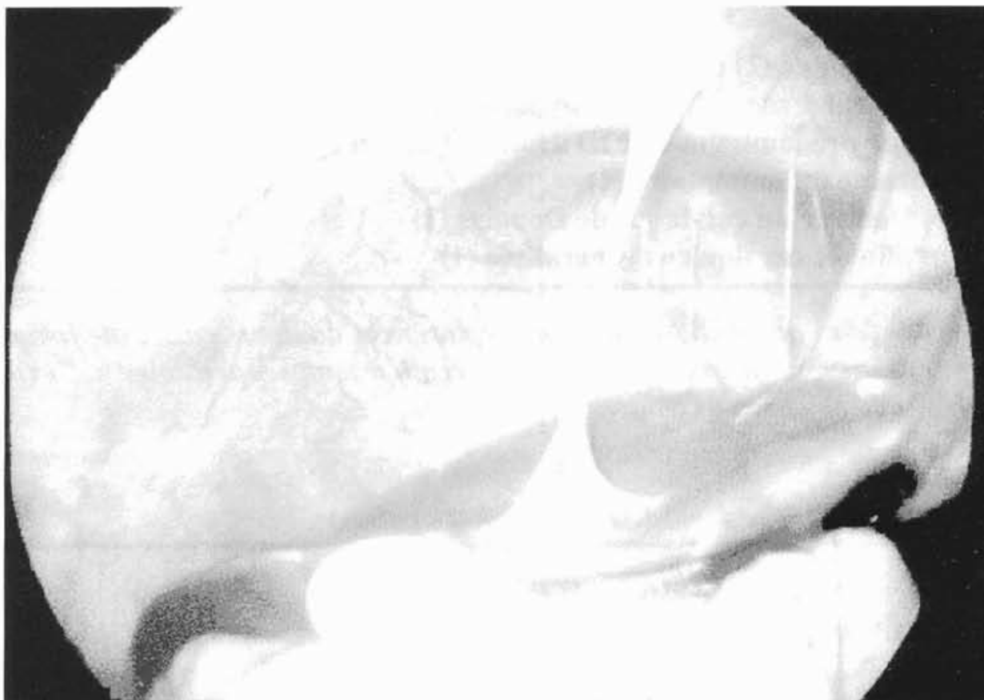
Après 2 mois :

- Arrêt de la Pyrazinamide et de l'Ethambutol
- Poursuivre pendant 4 mois une bithérapie associant Isionazide et Rifampicine
- Surveillance hépatique et oculaire
- Respect de l'antibiogramme

DOSSIER 19

Mlle Sandrine L. âgée de 24 ans vient consulter en urgences pour des douleurs pelviennes.
Elle vous explique que les douleurs ont commencé de façon frustre il y a 2 jours en hypocondre droit et en épigastre et que maintenant les douleurs sont pelviennes prédominant à droite. Elle a eu ses règles il y a 10 jours ; elle est sous pilule œstro-progestative. Elle n'a pas de signe fonctionnel urinaire. Elle n'a pas de métrorragies ni trouble du transit.
A l'examen : PA= 130/70 mmHg, pouls = 110 /min, T= 38, 5°C.
Son abdomen est sensible dans son ensemble avec une nette douleur en pelvien de façon diffuse. Il n'y a pas de défense ni de contracture. Les fosses lombaires sont libres et indolores. Au toucher vaginal il y a une franche douleur des deux culs de sac vaginaux latéraux avec une douleur à la mobilisation utérine. Au toucher rectal, le cul de sac de Douglas est douloureux. Le reste de l'examen clinique est normal.
Elle n'a aucun antécédent médical ni chirurgical.

1°) Quels examens complémentaires demandez-vous en première intention ?
Les premiers examens vous reviennent :
GB = 32000 ; CRP= 175 ; Hb=11,3 g/dL ; plaquettes= 550000/mm^3
2°) Quelles sont vos principales hypothèses diagnostiques ? Justifiez.
Vous décidez de faire une cœlioscopie pour explorer ces douleurs chez cette femme jeune. Comme toujours, vous commencez par le premier temps opératoire : l'exploration abdominale. Voila ce que vous trouvez :



3°) Décrivez l'image. Quel est votre diagnostic ?
4°) Décrivez les temps opératoires suivants lors de la cœlioscopie.
5°) Quelle va être ensuite votre prise en charge thérapeutique ?
6°) Quelles peuvent être les complications de cette pathologie ?
7°) La patiente vous demande quand elle sera guérie. Que lui répondez-vous ?

1°) Quels examens complémentaires demandez-vous en première intention ?

- Biologie :
  - Bilan infectieux : **NFS (1)** ; **CRP (3)** ; **hémocultures (3)**
  - **β-HCG (3)** de principe. *Systématique chez toute femme en âge de procréer, même si elle prend correctement la pilule, même si elle est vierge…!!!*
  - Examen d'urine : **Bandelette urinaire (2)** et ECBU si BU +
  - **Prélèvement vaginal (2)** avec **recherche de *Chlamydiae* et mycoplasme (1)** *(à préciser lors de la demande, ces recherches ne se font pas en routine)*

- **Echographie (5) :** quasi systématique chez une femme jeune ayant des douleurs pelviennes
  - Recherche d'un épanchement
  - Image latéro-utérine ??
  - Aspect de l'appendice

Les premiers examens vous reviennent :
GB = 32000 ; CRP= 175 ; Hb=11,3 g /dL ; plaquettes= 550000

2°) Quelles sont vos principales hypothèses diagnostiques ? Justifiez.

- **Salpingite (2) aiguë (1)**
  - Femme jeune
  - **Douleur pelvienne diffuse avec douleur dans l'hypochondre droit (1)**
  - **Syndrome inflammatoire avec signes infectieux (1)**
  - TV : **Douleur à la mobilisation utérine, CDS vaginaux douloureux (1)**

- **Appendicite aiguë (2) compliquée (1)** :
  - Femme jeune, sans ATCD
  - **Douleur prédominant en FID ayant débuté en épigastrique (1)**
  - **Syndrome inflammatoire (1)**
  - TR : **Douleur du cul de sac de Douglas (1)**
  - **Compliquée car douleur généralisée (1)**

Vous décidez de faire une cœlioscopie pour explorer ces douleurs chez cette femme jeune. Comme toujours, vous commencez par le premier temps opératoire : l'exploration abdominale. Voilà ce que vous trouvez :

3°) Décrivez l'image. Quel est votre diagnostic ? (10 points)

- **Adhérence (2)** entre le foie et le péritoine pariétal. Image en corde de violon.
- **Périhépatite ou syndrome de Fitz-Hugh-Curtis (3)**

- **Salpingite aiguë (3)** probablement due à ***Chlamydiae Trachomatis* (2)**

4°) Décrivez les temps opératoires suivants lors de la cœlioscopie. (10 points)

- **Inspection des trompes (2)** : œdème, inflammation
- **Prélèvement bactériologique (2) :** cul de sac de Douglas, trompes
- **Inspection de l'appendice !!! (2)**
- **Adhésiolyse (2)**
- **Lavage péritonéal (2)**

5°) Quelle va être ensuite votre prise en charge thérapeutique ? (12 points)

- Hospitalisation en gynécologie
- Perfusion
- **Double antibiothérapie (2)**, par voie intraveineuse, synergique, bactéricide, efficace sur les germes intra-cellulaires, bonne diffusion cellulaire, à adapter secondairement à l'antibiogramme
  - Amoxicilline+acide clavulanique : AUGMENTIN® 1gramme x 3/jour ou C3G si allergie à la pénicilline : synergistine : pristinamycine 1g x 2/ jour
  - Cyclines : doxycycline : 200 mg/jour ou fluoroquinolone : ofloxacine : OFLOCET® 200mg x 2 / jour
  - Relais per os après 48 heures d'apyrexie
  - Durée totale du traitement : 21 jours

  (2 si bon choix des Antibiotiques)
- **Antalgiques (1)**
- **Glace sur le ventre (1)**
- **Traitement des partenaires +++ (2 PMZ)**
- **Recherche des autres MST (2 PMZ) :** HIV, hépatite B et C, syphillis
- Prévoir contraception œstro-progestative pour mettre les ovaires au repos
- **Surveillance (2) :**
  - Clinique : température, douleur
  - Bio : NFS ; CRP

6°) Quelles peuvent être les complications de cette pathologie ? (15 points)

- Complications aiguës :
  - **Abcès pelviens : pyosalpinx (2)**
  - **Pelvi-péritonite aiguë (2)**
- Complications chroniques :
  - **Stérilité tubaire (2)**
  - **GEU (3)**
  - **Salpingite chronique (2)**
  - **Algie pelvienne chronique (2)**
  - **Récidive dans 20% des cas (2)**

7°) La patiente vous demande quand elle sera guérie. Que lui répondez-vous ? (10 points)

On considère que la salpingite est complètement guérie **lorsque la patiente a une grossesse intra-utérine (10).** Cela signifie que la trompe est parfaitement saine.

10 points de présentation, clarté des réponses.

COMMENTAIRES DU DOSSIER 19

2°) il s'agit des 2 principales hypothèses diagnostiques. On aurait pu en évoquer d'autres, comme une pyélonéphrite, une endométrite ou un hydrosalpinx, mais, restez simple, une femme jeune avec un syndrome infectieux franc ayant mal en FID, c'est une appendicite ou une salpingite… !!!

DOSSIER 20

Une patiente de 55 ans est amenée par les pompiers aux urgences pour intoxication médicamenteuse volontaire ; ils ont retrouvé une boîte de Lexomil® au pied de son lit. La patiente est somnolente mais ouvre les yeux si vous l'appelez par son prénom, elle bouge les membres spontanément mais ses réponses sont confuses.

1°) Calculez le score de Glasgow (détaillez le score)

2°) Quelle est la conduite à tenir aux urgences ?

Un avis psychiatrique est demandé, vous voyez la patiente dans l'après-midi. Lorsque la patiente entre dans la pièce vous êtes frappé par sa présentation soignée, elle est coiffée et maquillée, alors qu'elle a passé plusieurs heures sur un brancard aux urgences. Le début de l'entretien est difficile : la patiente ferme les yeux et ne répond pas à vos questions, elle vous dit que sa vie est un enfer et que vous ne pouvez rien pour elle, ça fait vingt ans que ça dure, et les psychiatres sont tous des incompétents. Au fur et à mesure de l'entretien, voyant l'intérêt que vous lui manifestez, la patiente se détend, vous sourit et vous raconte sa vie, vous ne notez aucun ralentissement psychomoteur. Elle est divorcée, a eu deux garçons qui sont mariés et qui n'habitent pas en France. Elle vous dit se sentir très seule et éclate en sanglots. Elle vous confie s'être disputée avec son fils aîné au téléphone le matin même.
Elle a fait de nombreuses tentatives de suicide par le passé toujours par prise de médicaments mais n'a jamais été hospitalisée, elle est suivie par un psychiatre pour les médicaments et par un thérapeute depuis plus de 10 ans mais actuellement ils sont en vacances. Elle est très sensible à votre attitude rassurante, vous dit qu'elle se sent bien mieux. Elle explique son geste comme une envie de tout oublier, elle voulait mourir, mais regrette aujourd'hui ce geste.
Vous ne retrouvez ni trouble du sommeil ni trouble de l'appétit récents, il n'y a pas de rupture franche par rapport à l'état antérieur.

3°) Faites l'analyse sémiologique.

4°) Quel est le diagnostic le plus probable ?

5°) Dans ce type de situation diagnostique, quels facteurs de gravité recherchez vous ?

6°) Si la patiente était alcoolisée, serait-ce un facteur de gravité du geste ?

7°) La patiente est catégorique, elle veut sortir de l'hôpital et rentrer chez elle.
Quelle question vous posez-vous ?

8°) Que proposez-vous à la patiente ?

1°) Calculer le score de Glasgow (détailler le score) (5 points)

Score de Glasgow : 3 à 15
Ouverture des yeux : au bruit : 3 sur 4 (1)
Réponse motrice : spontanée et à la commande : 6 sur 6 **(1)**
Réponse verbale : confuse : 4 sur 6 **(1)**

Au total score de Glasgow à 13 sur 15 (2)
Si un des résultats faux : ZERO à la question

2°) Quelle est la conduite à tenir aux urgences ? (15 points)

Aux urgences, en urgence (2,5)
Lavage gastrique (2,5)
Surveillance régulière (5) :

- Etats conscience (score de Glasgow),
- Fonction ventilatoire (saturation d'oxygène, respiration),
- L'état cardio-vasculaire (électrocardiogramme, prise de la tension artérielle)

Si nécessaire (3) :
Traitement symptomatique (1) : libération des voies aériennes supérieures (Glasgow inférieur ou égal à 7), oxygène, soluté glucosé
Antidote (1) : Anexate® (Flumazénil)
Surveillance

3°) Faites l'analyse sémiologique. (20 points)

Traits de personnalité de **type histrionique (4)**
Utilisation de son aspect physique pour attirer l'attention sur elle (2)
Attitude séductrice (2)
Théâtralisme (2), exagération de l'expression émotionnelle
Expression émotionnelle superficielle et rapidement changeante (2)
Suggestibilité (2)
Geste suicidaire non prémédité (2)
Facteur déclenchant : probable absence des psychiatres et thérapeutes, dispute avec un de ses fils
Antécédents multiples sans hospitalisation
Critique des idées suicidaires (2)
Absence de syndrome dépressif (4)

4°) Quel est le diagnostic le plus probable ? (15 points)

Tentative de suicide par ingestion médicamenteuse volontaire compliquant un trouble de la personnalité de type histrionique

Si incomplet : ZERO à la question

5°) Dans ce type de situation diagnostique, quels facteurs de gravité recherchez vous ? (25 points)

Facteurs de gravité de la tentative de suicide :
Antécédents récents de tentative de suicide (au cours des trois derniers mois) **(5)**
Gravité du geste en lui-même :

- **préméditation**, **(2)**
- **type de geste, (2)**
- **type et quantité de médicaments utilisés, (1)**

Etat d'alcoolisation aiguë ou non, (1)
Lettre de suicide, (1)
Personne ou équipe médicale non prévenue
"Critique" du geste (en opposition à la manifestation de l'intention de réitérer ce geste) **(5)**
Banalisation du geste (2,5)
Isolement social, familial, inquiétude de l'entourage (2,5 si les 2 items sont présents)
Facteur déclenchant (2,5) : événement de vie (type)
Pathologie psychiatrique (2,5) : recherche d'un syndrome dépressif sous-jacent nécessitant un traitement
Autre

6°) Si la patiente était alcoolisée serait-ce un facteur de gravité du geste ? (5 points)

NON (5 points)

Le fait d'être alcoolisé n'est pas un facteur de mauvais pronostic, en effet l'alcool perturbe le jugement et l'état de conscience et peut provoquer une certaine desinhibition comportementale en opposition à un geste fait dans un état de pleine conscience.

7°) La patiente est catégorique, elle veut sortir de l'hôpital et rentrer chez elle.
Quelle question vous posez-vous ? (5 points)

Y a-t-il une ou plusieurs indications à une hospitalisation à la demande d'un tiers ? (5)
Recherche des facteurs de gravité précédemment cités
(Mise en danger de la patiente par elle-même : risque de récidive à court terme, nécessité de soins psychiatriques en urgence avec refus de soins...)

8°) Que proposez-vous à la patiente ? (10 points)

Dans cette observation il n'existe **pas d'arguments pour une HDT (4)**
La patiente peut donc sortir (4)
S'assurer de la poursuite des soins en ambulatoire (1)
Signifier à la patiente qu'elle peut se représenter aux urgences en cas de détresse (1)

COMMENTAIRES DU DOSSIER 20

2°) Devant une intoxication :
Toujours penser à une association de toxiques
Même si la vigilance est initialement conservée, une surveillance prolongée est nécessaire

DOSSIER 21

M. T, patient de 43 ans en bon état général, est admis en urgence pour prise en charge de "crachats sanglants" évoluant depuis environ 2 heures. Sa femme qui l'accompagne vous dit qu'il s'agit du 4ème épisode au cours des deux derniers mois. Dans ses antécédents, on note surtout un tabagisme ancien (1 paquet et demi par jour depuis 20 ans, arrêté depuis 8 mois) ainsi qu'une toux modérée accompagnée d'expectorations peu abondantes connues depuis près de 2 ans. A l'interrogatoire, M. T vous parle d'un point de côté thoracique droit qui le gène depuis plusieurs semaines. Lors de votre examen, le patient est calme, apyrétique et non dyspnéique, avec un pouls à 72/min et une TA à 138/80. L'auscultation pulmonaire est normale. Les crachats sont sanglants mais non purulents.

1°) Calculez en PA quelle a été la consommation tabagique de ce patient.

2°) Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous devant ce tableau clinique et pourquoi ? Quel(s) est/sont le(s) plus probable(s) ?

3°) Complétez votre examen clinique.

4°) Quel sera votre bilan para-clinique initial ?

Les examens biologiques retrouvent un syndrome inflammatoire marqué avec une VS à 78 et une CRP à 154. La radiographie pulmonaire est normale. Le scanner retrouve une opacité développée aux dépens de la bronche souche droite.

5°) Complétez alors votre bilan para-clinique.

Vous mettez en évidence un bourgeon nécrotico-hémorragique non sténosant de la bronche souche droite, de 28 mm de grand axe, avec un envahissement limité à la plèvre viscérale. Le reste du bilan d'extension est négatif. L'histologie est en faveur d'un carcinome épidermoïde.

6°) Donner la classification et le stade de cette lésion.

7°) Quel traitement pouvez vous proposer ? Les thérapies adjuvantes ont-elles un intérêt?

8°) Quel examen est indispensable avant votre traitement ?

1°) Calculez en PA quelle a été la consommation tabagique de ce patient. (5 points)

30 PA (5)

2°) Quel(s) diagnostic(s) évoquez vous devant ce tableau clinique et pourquoi ? Quel(s) est/sont le(s) plus probable(s) ? (15 points)

- **Cancer broncho-pulmonaire (2) le plus probable (2)** car **terrain (1)**, intoxication **tabagique (2), hémoptysie récidivante révélatrice (2), douleurs thoraciques (1).**
- **Dilatation des bronches (1)** dans le cadre d'une **bronchite chronique (1)** peu probable car **bronchite stable non décompensée (1), absence d'infection (1) et arrêt intoxication tabagique (1).**

3°) Complétez votre examen clinique. (20 points)

Evaluer l'état général (1)

Recherche d'une extension **loco-régionale (2) :**
- **Dysphonie (1)**
- **Dysphagie (1)**
- **Syndrome cave supérieur (1)**
- **Syndrome de Claude Bernard Horner (1)**
- **Signes d'extension pariétale (1)** : douleurs, névralgies cervico-brachiales, épanchement pleural
- **Signes de compression lymphatique (1)**

Recherche d'une **extension métastatique (2) :**
- **Aires ganglionnaires** (**2** et si oubli **ZERO**)
- **Foie (2)**
- **Examen cutané (1)**
- **Examen neurologique (1)**
- **Examen osseux et rachidien (1)**

Recherche d'un syndrome paranéoplasique (2)

4°) Quel sera votre bilan para-clinique initial ? (10 points)

- **NFS, VS, CRP (3)**
- **Ionogramme sanguin et calcémie (2)**
- **Marqueurs tumoraux (1)**
- **GDS (1)**
- **Radiographie thoracique (1)**
- **TDM sans et avec injection, thoracique et avec coupes abdominales (2)**

5°) Complétez alors votre bilan para-clinique. (20 points)

- **Fibroscopie bronchique** avec biopsies étagées pour analyse **histologique (10 et si oubli examen ou biopsies ZERO)**
- **Echographie abdominale (3)**
- **Scintigraphie osseuse (3)**
- **TDM cérébral (3)**
- **TEP (1)**

6°) Donnez la classification et le stade de cette lésion. (10 points)

- **Classification TNM : T2N0M0 (5)**
- **Stade IB (5)**

7°) Quel traitement pouvez-vous proposer ? Les thérapies adjuvantes ont-elles un intérêt ? (10 points)

- **Chirurgie d'exérèse** (7).
- **Non (3)** car ce type de cancer ne répond pas bien à la chimiothérapie et/ou la radiothérapie.

8°) Quel examen est indispensable avant votre traitement ? (10)

- **Explorations fonctionnelles respiratoires (8** et si oubli **ZERO**)
- Au besoin complété par une **scintigraphie de ventilation/perfusion (1)**
- **Evaluation du VEMS prédictif post-chirurgical (1)**

COMMENTAIRES DU DOSSIER 21

T TUMEUR PRIMITIVE

- **Tx** : Tumeur prouvée par la présence de cellules malignes dans l'expectoration ou les sécrétions broncho-pulmonaires avec imagerie ou bronchoscopie N, ou tumeur qui ne peut être évaluée.
- **TIS :** Carcinome in situ.
- **T0 :** Pas de signe de tumeur primitive.
- **T1 :** Tumeur < 3 cm dans sa plus grande dimension, entourée par le poumon ou la plèvre viscérale et sans signe endoscopique d'envahissement au-delà de la bronche lobaire.
- **T2 :** Tumeur avec l'un des caractères suivants : > 3 cm dans sa plus grande dimension, envahissement de la bronche principale à 2 cm ou plus de la carène, envahissement de la plèvre viscérale, association à un trouble ventilatoire de la région hilaire.
- **T3 :** Tumeur de toute taille avec extension directe aux structures adjacentes (paroi thoracique, diaphragme, péricarde, plèvre médiastinale), ou tumeur à moins de 2 cm de la carène mais sans l'envahir, ou association à un trouble ventilatoire de tout le poumon, ou paralysie diaphragmatique associée.
- **T4** : Tumeur toute taille qui envahit l'une des structures nobles (médiastin, cœur, gros vaisseaux, trachée, œsophage, corps vertébral, carène), ou tumeur avec pleurésie ou péricardite maligne, ou nodule tumoral dans le même lobe ou paralysie récurrentielle gauche associée.

N ADENOPATHIES REGIONALES

- **NX :** Renseignements insuffisants.
- **N0 :** Pas de signe d'envahissement des ganglions régionaux.
- **N1 :** Envahissement des ganglions péri-bronchiques et/ou hilaires homolatéraux y compris par une extension directe de la tumeur primitive.
- **N2 :** Envahissement des ganglions lymphatiques médiastinaux homolatéraux ou sous-carénaires.
- **N3 :** Envahissement des ganglions lymphatiques médiastinaux hilaires controlatéraux et/ou des ganglions scaléniques ou sus-claviculaires.

M METASTASES A DISTANCE

- **MX :** Renseignements insuffisants pour classer les métastases.
- **M0 :** Pas de métastases.
- **M1 :** Présence de métastases.

CLASSIFICATION EN STADES

- **Stade 0 :** Carcinome in situ
- **Stade IA :** T1N0M0
- **Stade IB :** T2N0M0
- **Stade IIA :** T1N1M0
- **Stade IIB :** T2N1M0 et T3N0M0
- **Stade IIIA :** T3N1M0 et T1-3N2M0
- **Stade IIIB :** T1-4N30M0 et T4N0-3M0
- **Stade IV : T1-4N0-3M1**

DOSSIER 22

Mme F, 45 ans, a été trouvée par terre dans le métro. A l'examen, la TA est à 132/75, le pouls à 70/min. La patiente est en sueurs, pâle et confuse. Ses réponses à vos questions restent incompréhensibles mais il semble qu'elle se plaint d'être fatiguée et elle semble très inquiète.
Les réflexes ostéo-tendineux sont présents et symétriques et on a une réponse motrice localisatrice lors de stimulations nociceptives. L'ouverture des yeux est obtenue à la demande, elle retrouve des pupilles normales et un réflexe photo-moteur conservé.
Le reste de l'inspection retrouve une cheville droite peu œdematiée, avec un hématome sous malléolaire externe en œuf de pigeon.
Dans ses papiers, vous trouvez les coordonnées de son médecin traitant ainsi qu'une ordonnance comportant : Doliprane®, Zocor® et Amarel®.

1°) Calculez le score de Glasgow.

2°) Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu ? Pourquoi ?

3°) Comment le confirmer ?

4°) Quelles peuvent être les raisons de cet accident ?

5°) Quels en sont les risques évolutifs ?

Une fois la patiente hospitalisée et la situation stabilisée, vous complétez votre examen clinique de la cheville et concluez à une entorse de moyenne gravité non compliquée.

6°) Quels sont les critères imposants de réaliser une radiographie dans ces conditions ?

7°) Comme il s'agit d'un premier épisode, vous décidez de traiter la patiente par botte plâtrée pour 3 semaines en interdisant tout appui. Quelles mesures associées seront nécessaires ?

1°) Calculez le score de Glasgow. (15 points)

- **Moteur : 5 (4)**
- **Verbal : 4 (4)**
- **Oculaire : 3 (4)**
- **Donc Glasgow à 12 (3)**

2°) Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu ? Pourquoi ? (15 points)

Hypoglycémie (5) :

- **Argument de fréquence (1)**
- **Signes de neuroglycopénie (1)** : asthénie, confusion, troubles du comportement
- **Signes adrénergiques (1) :** anxiété, sueurs, pâleur, tachycardie

Iatrogène (5) accidentelle car :

- Patiente traitée par **sulfamides (1)**
- Probablement pour un **DNID (1)**

3°) Comment le confirmer ? (15 points)

- **Dextro (5**) à la recherche d'une glycémie capillaire < 0. 5 mmol/l
- **Administration de G30% 30 à 80 ml IV** qui doit faire disparaître les troubles (**8 et si oubli ou PO alors ZERO**)
- **Peu sensibles à l'injection de Glucagon (2)**

4°) Quelles peuvent être les raisons de cet accident ? (18 points)

- **Surdosage médicamenteux (3)**
- **Association médicamenteuse (3)** potentialisant les sulfamides
- **Insuffisance rénale ou hépatique (2+2)**
- **Erreur diététique (2)** : apport glucidique insuffisant ou repas sauté
- **Apport de boissons alcoolisées (3) en excès**
- **Effort physique (3)** soutenu et prolongé.

5°) Quels en sont les risques évolutifs ? (12 points)

En absence de traitement adapté :

- Le risque principal est la **survenue d'un coma (2)** et le **décès (2).**
- Autres séquelles d'une hypoglycémie sévère : **état démentiel (2)** ou **déficitaire (2), épilepsie (2), troubles de l'équilibre (2).**

6°) Quels sont les critères imposants de réaliser une radiographie dans ces conditions ? (10 points)

Selon les **critères d'Ottawa (2)**, radiographies si :
- **Age <18 ans ou >55 ans (2) ou bien**
- **Impossibilité de faire plus de 3 pas aux urgences en prenant appui sur la cheville (2)**
- **Douleur à la palpation des malléoles (1),**
  - **de la tête du 5e métatarsien (1),**
  - **des faisceaux du LLE (1)**
  - **de la région du scaphoïde tarsien (1)**

7°) Comme il s'agit d'un premier épisode, vous décidez de traiter la patiente par botte plâtrée pour 3 semaines en interdisant tout appui. Quelles mesures associées seront nécessaires ? (10 points)

- **Surveillance sous plâtre (1) : douleurs (1), paresthésies (1), fièvre (1)**
- **Marche avec cannes anglaises (2)**
- **Prévention d'accident thrombo-embolique (2) par HBPM sous-cutanée (2)**

COMMENTAIRES DU DOSSIER 22

1°) Le score de Glasgow :
- Moteur : 6=volontaire spontané, 5=localisateur, 4=retrait en flexion, 3=décortication, 2=décérébration, 1=rien
- Verbal : 5=normal, 4=confus, 3=mots, 2=bruits, 1=rien
- Oculaire : 4=spontané, 3=demande, 2=douleur, 1=rien

2°) Toujours en cas de coma :
- Eliminer traumatisme, infection, épilepsie, toxiques, métabolisme
- **Calculer le score de Glasgow**
- Etat des pupilles avec appréciation de la réactivité et du caractère uni/bilatéral des anomalies
- Troubles respiration : Cheynes-Stockes, Kussmaul, odeur de pomme
- Evaluer les réflexes du tronc cérébral
- Rechercher des signes de localisation

3°) L'hospitalisation en urgence reste nécessaire même en cas d'amélioration car la rechute est fréquente après un premier resucrage.

DOSSIER 23

Mme H, patiente de 45 ans que vous suivez depuis plusieurs années en raison d'une polyarthrite rhumatoïde actuellement en phase quiescente sous un traitement par Salazopyrine, vient vous voir en consultation pour un bilan de suivi régulier. Votre examen clinique est normal et ne retrouve pas de nouveaux signes évolutifs de sa maladie. Les douleurs dues à la polyarthrite rhumatoïde sont très épisodiques et supportables selon la patiente. Celle-ci ne se plaint finalement que d'une dysurie avec brûlures mictionnelles évoluant depuis trois jours, dans un contexte sub-fébrile à 37,9°C. Un bilan sanguin systématique réalisé en ville retrouve 4,2 GR, 2050 GB (196 PNN, 350 PNE, 100 PNB), 320000 plaquettes, Hb 13, 4 g/dL et 30% Hte.

1°) Commentez l'hémogramme.

2°) Quel est votre diagnostic ?

3°) Que faut-il craindre ?

4°) Quel autre diagnostic devez-vous redouter ?

5°) Comment l'éliminer ?

6°) Que manque-t-il à votre bilan para-clinique ?

7°) Quelle doit être votre prise en charge de l'épisode actuel ?

8°) Comment juger de l'efficacité du traitement ?

1°) Commentez l'hémogramme. (13 points)

- **Leucopénie (5)**
- **Neutropénie sévère (5)**
- **Pas d'anémie (1)**
- **Normalité des GR et des plaquettes (1+1)**

2°) Quel est votre diagnostic ? (15 points)

- **Agranulocytose (5) médicamenteuse (5)**
- Avec **association à une infection urinaire (5)**

3°) Que faut-il craindre ? (10 points)

- Survenue d'un **syndrome septique (6)**
- Avec risque de **choc septique (2) et de décès (2)**

4°) Quel autre diagnostic devez-vous redouter ? (10 points)

- **Leucémie aiguë (5) promyélocytaire (5)**

5°) Comment l'éliminer ? (15 points)

Myélogramme (7 et **si non cité ZERO)** :

- **Absence totale des précurseurs granuleux (2)**
- **Aspect de pseudo-blocage de la maturation au stade promyélocytes (2)**
- **Normalité des autres lignées (2)**
- **Pas d'envahissement médullaire (2)**

6°) Que manque-t-il à votre bilan para-clinique ? (12 points)

Bilan infectieux complet (4 et si oubli ZERO) :

- **Hémocultures (2)**
- **BU ± ECBU (2)**
- **Prélèvements locaux et des portes d'entrée (2)**
- Avec demande d'**antibiogrammes (2)**

7°) Quelle doit être votre prise en charge de l'épisode actuel ? (20 points)

- **En urgence (2)**
- Après **hospitalisation (1)**
- **Mesures d'asepsie stricte, décontamination digestive et hygiène (1+1+1)**
- **Arrêt définitif de la Salazopyrine et des autres médicaments non nécessaires (2 et si oubli ZERO DOSSIER)**
- **Antibiothérapie (2 et si oubli ZERO)** probabiliste secondairement adaptée à l'antibiogramme
- **Avertir le centre de pharmacovigilance (2)**
- **Injection de G-CSF (2)**
- Surveillance clinique et paraclinique
- A distance :
  - **Port de carte par la patiente (2)**
  - **Education de la malade (2)**
  - **Proscrire toute automédication (2)**

8°) Comment juger de l'efficacité du traitement ? (10 points)

- **Survenue d'une crise réticulocytaire (4) au 10ème jour (3)**
- **Visible sur les hémogrammes de surveillance (3)**

COMMENTAIRES DU DOSSIER 23

Quelques étiologies possibles :
- Barbiturique
- Sels d'or
- Cimétidine
- **Antithyroïdiens de synthèse**
- AINS
- Amphotéricine B
- Sulfamides
- Hydantoine
- Antigoutteux

Deux mécanismes connus :
- Toxique : cytotoxicité directe, sans sensibilisation antérieure, dose dépendante et d'installation progressive.
- Immuno-allergique : réaction en réponse à la fixation d'Ag sur les Ac des cellules granuleuses, avec notion d'une sensibilisation antérieure ou d'un traitement > 8 jours, non dose dépendante et brutale.

DOSSIER 24

M. D. 67 ans est envoyé aux urgences par son médecin traitant pour prise en charge de troubles neurologiques apparus depuis 36h. Il avait déjà présenté des troubles 3 mois auparavant : une cécité monoculaire droite brutale qui avait disparu au bout de 25 minutes et une faiblesse des jambes responsable d'une chute qui a régressé 45 minutes plus tard. Dans ses antécédents, on note aussi un tabagisme à 15 PA et une hypercholestérolémie.

A l'examen, on a des signes prédominants à droite : effacement du pli nasogénien, chute de la commissure labiale et impossibilité de gonfler les joues, l'occlusion palpébrale étant normale.
M. D. parle peu et lentement en cherchant ses mots, mais sans problème de compréhension. Il n'a pas de désorientation spatio-temporelle ou de troubles de conscience. Il est dans l'impossibilité de bouger son membre supérieur et il n'y a pas de réaction lors des tests de pique-touche, chaud-froid ou au pincement dans ces territoires. Il n'a pas d'altération de l'état général, sa TA est de 188/90 mmHg pour 70 de pouls et il est apyrétique.

1°) Quel est votre diagnostic concernant les troubles datant d'il y a 3 mois et pourquoi ?

2°) Quelle est votre analyse sémiologique actuelle ?

3°) Quel est votre diagnostic actuel ?

4°) Quel(s) examen(s) à visée diagnostique demandez-vous en urgence ?

5°) Quels sont les principes de votre prise en charge thérapeutique ?

Peu de temps après son admission, alors que l'état du patient s'est stabilisé, vous recevez la famille pour les informer de son évolution. Ces derniers vous semblent agacés par la survie de M. D. et ne cessent de demander pourquoi on continue le traitement. En plus, ils avaient déjà entrepris de connaître le contenu de son testament.

6°) Quelle mesure vous semble ici indispensable ?

7°) Quels en sont les principes ?

1°) Quel est votre diagnostic concernant les troubles datant d'il y a 3 mois et pourquoi ? (15 points)

Probables AIT (Accident Ischémique Transitoire) (9) car :
- **Notion de déficits neurologiques focaux (2)**
- **D'installation brutale (2)**
- **Entièrement régressif en moins de 24 heures (2)**

2°) Quelle est votre analyse sémiologique actuelle ? (10 points)

Homolatéral :
- **Aphasie de Broca** évocatrice d'une **atteinte de l'hémisphère majeur (2)**
- **Pied de la 3ème circonvolution frontale (2)**

Controlatéral :
- **Paralysie frontale centrale droite (2)**
- **Hémiplégie brachiale droite (2)**
- **Troubles sensitifs dans le territoire paralysé (2)**

3°) Quel est votre diagnostic actuel ? (10 points)

- **Accident vasculaire cérébral (2)**
- **Constitué (2)**
- **Sylvien = artère cérébrale moyenne (2)**
- **Superficiel (2)**
- **Gauche (2)**

4°) Quel(s) examen(s) à visée diagnostique demandez-vous d'urgence ? (20 points)

- **TDM cérébral (15)**
- **Sans injection (5 et si injecté alors ZERO)**

5°) Quels sont les principes de votre prise en charge thérapeutique ? (15 points)

- **Urgence thérapeutique (3)**
- Transfert en USI
- Monitorage cardio-respiratoire, O_2 nasal, rééquilibration hydro-électrolytique et glycémique
- **Aspirine (3)**
- **HBPM dose curative (3)**
- **Kinésithérapie précoce (3)**
- **Prévention complications de décubitus (3)**
- Surveillance pluri-quotidienne

NB : si thrombolyse IV alors **ZERO** CADRE, si traitement anti-HTA dont Adalate® sublingual alors **ZERO** DOSSIER.

6°) Quelle mesure vous semble ici indispensable ? (10 points)

- **Sauvegarde de justice (10)**

7°) Quelles en sont les principes ? (20 points)

- **Mesure d'urgence (2)**
- **Protection provisoire temporaire (2)**
- **Demande faite par quiconque dispose d'informations dans l'intérêt de la personne à protéger (2) :** ici un médecin, les services sociaux…
- Accompagnée **d'un certificat médical (2)** et adressée **au Procureur de la République (2)**
- **Elle ne nécessite en principe ni expertise, ni jugement (2)**
- **Durée de deux mois renouvelables trois fois (2)**
- **La personne garde ses droits civiques (2) et demeure libre d'administrer ses biens comme elle l'entend (2).**
- **Possibilité d'action en annulation ou en réduction pour excès jusqu'à 5 ans après (2)**

COMMENTAIRES DU DOSSIER 24

1°) Relations très étroites entre AIT et AIC :

- Mêmes causes
- 30 % des AIC sont précédés d'AIT
- 25 % des patients ayant eu un AIT vont avoir un AIC constitué dans les 5 ans suivants

5°) Le traitement des AVC :

- Le bénéfice du traitement par rt-pa n'est démontré que s'il est appliqué dans les 3 premières heures.
- L'aspirine est largement utilisée avant la 48ème heure.
- Enfin, le respect de l'élévation tensionnelle transitoire est indispensable à la conservation d'un débit sanguin cérébral suffisant dans les zones de pénombre (interdiction de la gélule d'Adalate en sublingual) et à la phase aiguë on ne traite que des chiffres très élevés PAS > 220 mmHg et/ou PAD > 120 mmHg.

7°) La fin de la sauvegarde de justice :

- La déclaration médicale est périmée (le premier certificat médical n'est valable que 2 mois contre 6 mois pour les déclarations de renouvellement)
- Le procureur (ou le juge des tutelles) décide de supprimer la protection car elle n'est plus justifiée
- Une autre mesure de protection est prononcée par le juge des tutelles (curatelle ou tutelle)
- Une nouvelle déclaration médicale atteste que les troubles de la personne ont cessé.

Pronostic des AVC :

- La mortalité est de 20% à 1 mois et de 40% à 1 an
- La mortalité à distance est surtout liée à l'augmentation du risque coronarien
- 30% des AVC ont récidivé à 5 ans
- A distance d'un AVC : 1/3 des survivants sont dépendants, 1/3 gardent des séquelles tout en étant indépendants et 1/3 retrouvent leur état antérieur.
- L'essentiel de la récupération se fait dans les 3 à 6 premiers mois.

DOSSIER 25

Mlle Nathalie B., âgée de 42 ans, 5ème geste, 5ème pare, vient consulter aux urgences vers 13 heures pour des contractions utérines douloureuses, revenant toutes les 7 minutes depuis ce matin 7 heures.
Cette patiente est bien connue du service de gynécologie de votre hôpital où elle est suivie régulièrement.
Elle a comme antécédent : une amygdalectomie et une appendicectomie dans l'enfance.
Du point de vue gynécologique, elle a un utérus polymyomateux, elle a eu 5 grossesses avec 4 accouchements normaux par voie basse à terme et une fausse couche au terme de 16 SA il y a 1 an.
Elle fume 15 cigarettes par jour. Elle est mariée et est serveuse dans un bar.
Elle est immunisée contre la toxoplasmose, vaccinée contre la rubéole, son groupe sanguin est A+. Sa dernière consultation date d'il y a 3 semaines, elle était au terme de 28 SA ; BU négative ; TA= 120 /90 mmHg ; son col était long postérieur, tonique, déhiscent.
Ce jour à l'examen :
PA= 120/90 mmHg ; T= 36,5°C ;
BU= glucose +, nitrites +, protéines -, leucocytes +++
Elle n'a pas perdu de liquide amniotique, elle n'a pas de métrorragie, son bébé bouge bien.
L'utérus est contractile, avec une présentation céphalique. La hauteur utérine est à 27 cm.
Au toucher vaginal, vous retrouvez un col court ramolli, perméable au doigt avec une présentation basse. L'échographie du col objective un col à 18mm.
Le rythme cardiaque fœtal est normo-oscillant, réactif, sans décélération avec un rythme de base autour de 130 battements par minute.

1°) Quel est votre diagnostic ?
2°) Quels sont les facteurs de risques présents dans l'observation ?
3°) Quelle est votre prise en charge ?
4°) Quels sont les différents tocolytiques que vous connaissez ? Quels sont leurs principaux effets secondaires ?
5°) Votre traitement est efficace. La patiente est soulagée. Finalement, le lendemain la patiente se plaint à nouveau de contractions utérines. Comment pouvez-vous affirmer que la patiente est en travail ?

Malgré tous vos soins, la patiente accouche 2 jours plus tard, d'une petite fille qui sera prise en charge en néonatalité. Elle allaite. 3 jours après l'accouchement, vous notez que la patiente a 38,5°C alors qu'elle a toujours été apyrétique jusqu'à présent.

6°) Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? Décrivez votre examen clinique en fonction.
7°) Après son examen minutieux, votre externe zélé vous affirme qu'il s'agit d'une galactophorite. Comment a-t-il fait le diagnostic ?

1°) Quel est votre diagnostic ? (10 points)

Menace d'accouchement prématuré (5) au terme de 31 SA probablement en rapport **avec une infection urinaire basse aiguë (5).**

2°) Quels sont les facteurs de risques présents dans l'observation ? (10 points)

- **Infection urinaire basse aiguë (3)**
- **Conditions de travail (serveuse dans un bar) (2)**
- **ATCD de fausse couche tardive (1)**
- **Tabac (1)**
- **Utérus polymyomateux (1)**
- **Age > 35 ans (1)**
- **4 enfants à charge (1)**

3°) Quelle est votre prise en charge ? (20 points)

- **Hospitalisation (2)**
- Prise en charge dans une **maternité de niveau III** (1)
- **Repos au lit (2)**
- Faire un bilan infectieux complet : NFS, **CRP (1), prélèvement vaginal (1), ECBU (1)**
- Traitement de la cause supposée : **antibiothérapie** simple probabiliste, active les BGN, à bonne diffusion urinaire, adaptée à la femme enceinte, secondairement adaptée en fonction de l'antibiogramme : **amoxicilline + acide clavulanique Augmentin® (3)** 1 gramme 3 fois par jour pendant 5 à 7 jours
- **Tocolyse pendant 48 heures (2)**
- **Prévention de la maladie des membranes hyalines : corticothérapie (2) : bétaméthasone : Celestene®** 12 mg 2 injections en IM ou IV à 24 heures d'intervalle
- **Surveillance maternelle (1) :**
  - **Contraction utérine (1)**
  - **Température, signes infectieux (1)**
  - Effets secondaires des tocolytiques
- **Surveillance fœtale (1)**
  - Activité fœtale
  - **Electrocardiotocographie externe / j (1)**

4°) Quels sont les différents tocolytiques que vous connaissez ? Quels sont leurs principaux effets secondaires ? (15 points)

- _ **β_2 mimétiques (2)**
  - **Effets cardiaques (1) :** tachycardie, palpitations, œdème aigu du poumon, infarctus du myocarde
  - **Tremblements des extrémités (1)**
  - **Céphalée (1),** vertiges
  - **Hyperglycémie (1), hypokaliémie (1)**

- **Inhibiteurs calciques (2)**
  - **Céphalée (1)**
  - **Rougeur visage (1)**
  - **Hypotension (1)**

- **Antagonistes de l'ocytocine (2)**
  - **Aucun (1)** sauf leur coût !!! tolérance excellente

5°) Votre traitement est efficace. La patiente est soulagée. Finalement, le lendemain la patiente se plaint à nouveau de contractions utérines. Comment pouvez-vous affirmer que la patiente est en travail ? (5 points)

- **Contractions utérines régulières (1) et douloureuses (1)**
- **Modifications du col (3)** (raccourcissement, ramollissement, effacement, dilatation)

Malgré tous vos soins, la patiente accouche 2 jours plus tard, d'une petite fille qui sera prise en charge en néonatalité. Elle allaite. 3 jours après l'accouchement, vous notez que la patiente a 38,5°C alors qu'elle a toujours été apyrétique jusqu'à présent.

6°) Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? Décrivez votre examen clinique en fonction. (30 points)

- **Endométrite (3)**
  - **palpation abdominale (1) à la recherche d'une douleur pelvienne, apprécier le volume de l'utérus** (souvent encore augmenté de volume)
  - **toucher vaginal (1) :** douleur à la mobilisation utérine, utérus augmenté de volume mou
  - **examen des lochies (1) :** odeur et couleur (sales et nauséabondes)
  - **Prélèvement vaginal (1)**

- **Infection urinaire (3)**
  - **Recherche de signes fonctionnels urinaires (1)**
  - **Bandelette urinaire (1)**

- Complication de l'allaitement : **lymphangite (2), galactophorite (2), abcès du sein (2)**
  - **Inspection des seins (1)**
  - **Palpation des seins (1)**
  - Recherche **d'un ganglion axillaire (1)**

- Complications thrombo-emboliques : **phlébite (1),** embolie pulmonaire, **thrombophlébite pelvienne (1)**
  - **Palpation des mollets (1)** : douleur, diminution du ballottement du mollet
  - **Rechercher un signe de Homans (1)**
  - Palpation abdominale à la recherche de douleur pelvienne
  - **TV (1) :** palpation d'un cordon dur et douloureux le long de la paroi pelvienne

- **Montée laiteuse** (2) (diagnostic d'élimination)
- **Méningite (1)** (rare, secondaire à la péridurale)
  - **Rechercher une raideur méningée (1)**

7°) Après son examen minutieux, votre externe zélé vous affirme qu'il s'agit d'une galactophorite. Comment a-t-il fait le diagnostic ? (10 points)

- **Fébricule autour de 38° (2)** (attention pas >39° !)
- **Tension mammaire (1)**
- **Sein douloureux (2)**
- **Signe de Budin positif (3)**
- **Pas de ganglion (2)**

DOSSIER 26

Un patient de 25 ans se présente urgences. Il dit vouloir voir un psychiatre. Il vous raconte que depuis qu'il a commencé son nouveau travail il ne se sent pas très bien. Il vient de finir des études d'ingénieur et travaille depuis quelques semaines. Il se sent observé par ses collègues, et n'est pas vraiment sécurité sur son lieu travail. En même temps il explique ce sentiment par le fait qu'il est nouveau et qu'il doit faire ses preuves. Il vous confie qu'il lui arrive d'entendre des voix lui disant qu'il va mourir et qu'il doit accomplir de grandes choses dans un autre monde. Il a l'impression qu'on peut lui voler sa pensée.
Il semble très angoissé et vous dit être en proie à des troubles de la concentration majeurs. Il présente des troubles du sommeil de type insomnie depuis quelques semaines.

1°) Faites l'analyse sémiologique de cette observation.

2°) Quelles sont les étiologies possibles ?

3°) Quel bilan faites-vous ?

4°) Le bilan est négatif sachant que le patient n'a aucun antécédent psychiatrique quel diagnostic retenez-vous ?

5°) Quelle est la conduite à tenir initiale ?

6°) Quels sont les facteurs de bon pronostic ?

7°) Quelles sont les évolutions possibles ?

8°) Qu'en déduisez-vous quant à la prise en charge à moyen / long terme ?

1°) Faites l'analyse sémiologique de cette observation. (12 points)

Syndrome délirant aigu :
Ancienneté : **aigu** < six mois **(1)**
Mécanismes multiples :

- intuitif, **interprétatif (1), hallucinatoire(1) (automatisme mental (1),** auditif)

Thèmes multiples (1) polymorphes (1) :

- persécution, influence, **mégalomanie (1)**

Non systématisé (1)
Réaction affective forte (angoisse majeure) **(1)**
Adhésion totale (1)
Altération de l'humeur (1)
Troubles du sommeil (1)

2°) Quelles sont les étiologies possibles ? (25 points)

Eliminer une **étiologie organique : (5)**

- neurologique (pathologie intracrânienne), infectieuse, endocrinienne

Prise de toxique, alcoolisme (5)
Trouble thymique : manie ou mélancolie délirante (5)
Episode aigu d'une psychose chronique (5)
Psychose polymorphe aiguë : **bouffée délirante aiguë (5)**

3°) Quel bilan faites-vous ? (5 points)

Interrogatoire (recherche d'antécédent médical psychiatrique) examen clinique
Bilan biologique : ionogramme sanguin, glycémie, bilan hépatique, hémogramme, bilan thyroïdien
Sérologie VIH, bilan MST si nécessaire (2,5)
Scanner cérébral sans injection (2,5)
Autre selon examen clinique

Si le patient avait été une femme : βHCG

4°) Le bilan est négatif sachant que le patient n'a aucun antécédent psychiatrique quel diagnostic retenez-vous ? (5 points)

Bouffée délirante aiguë (5)
(Dans le cadre d'un trouble thymique délirant le délire est congruent à l'humeur)

5°) Quelle est la conduite à tenir initiale ? (25 points)

Urgence psychiatrique (5)
Hospitalisation (à la demande d'un tiers, le plus souvent)**(5)**
Sauvegarde de justice si nécessaire (2,5)
Surveillance de risque suicidaire (2,5)

Traitement médical :
Traitement sédatif et antiproductif : (5)
- soit monothérapie Solian® ou Risperdal® ou Zyprexa®
- soit bithérapie Haldol® et Largactil®

Traitement hypnotique si besoin
Traitement anxiolytique si anxiolyse insuffisante
Surveillance (5) : constantes, examen neurologique, efficacité et tolérance du traitement, ECG (surtout lors de l'association de deux neuroleptiques)
Psychothérapie de soutien
Soutien à la famille

6°) Quels sont les facteurs de bon pronostic ? (8 points)

Brutalité du début (1)
Existence de facteur déclenchant (1) (organique ou psychogène)
Personnalité antérieure bien adaptée (1)
Brièveté de l'accès (1)
Bonne réponse au traitement (1)
Bonne critique du délire (1)
Importance des éléments thymiques et confusionnels (1)
Richesse du délire (1) (polymorphisme des thèmes et multiplicité des mécanismes)

7°) Quelles sont les évolutions possibles ? (8 points)

Unique épisode dans la vie sans récidive : (2) 40 %
Premier accès et par la suite récurrence d'épisodes délirants aigus identiques avec intervalle libre (2) : 20 %
Accès inaugural d'une maladie maniaco-dépressive : (2) 20 %
Accès inaugural d'une schizophrénie : (2) 20 %
Accès inaugural d'une psychose chronique : rare

8°) Qu'en déduisez-vous quant à la prise en charge à moyen / long terme ? (12 points)

Suivi psychiatrique au moins douze mois après l'arrêt du traitement (12)

Si suivi psychiatrique sans durée précisée (6)

DOSSIER 27

Chirurgien gynéco-obstétricien, vous êtes appelé en urgence à la clinique pour suspicion de thrombophlébite chez une patiente de 40 ans que vous avec opéré le jour même pour une interruption volontaire de grossesse.
A votre arrivée, la patiente est polypnéïque, avec une TA à 137/80 mmHg et un pouls à 95/min. Elle se plaint de douleurs thoraciques droites modérées accompagnées de quintes de toux, ainsi que de douleurs dans sa jambe gauche. Physiquement vous trouvez un mollet gauche inflammatoire, sensible à la palpation et dont le ballottement est diminué. A l'auscultation vous entendez des râles sibilants en position lobaire moyenne droite.

1°) Rappelez quelles sont les conditions de réalisation de l'IVG.
2°) Quel est votre diagnostic pour l'épisode actuel ?
3°) Quels examens demandez-vous en première intention ?
4°) Quels sont les examens permettant de rechercher des signes directs ou indirects d'EP ?
5°) Il s'agit d'une forme peu importante. Quelle sera schématiquement votre prise en charge thérapeutique ?

Comme ce n'est pas la première fois que cela vous arrive, vous décidez de passer en revue tous les dossiers d'IVG au cours des 6 derniers mois.
Vous trouvez 19 cas opérés dont 8 compliqués d'accidents thrombo-emboliques. Toutes ces patientes avaient porté des bas de contention et bénéficié d'une prophylaxie par HBPM au cours des périodes opératoires.
Par contre, vous remarquez que le type de table opératoire utilisé variait. 11 patientes ont bénéficié d'une table moderne comportant des protections sur des repose-jambes adaptés. Les 8 autres ont été opérées sur une autre plus ancienne et plus vétuste. Ainsi, dans le 1er groupe on dénombre 2 complications alors que dans le 2nd on en trouve 6.

6°) Comment s'appelle le type d'enquête que vous venez de réaliser ?
7°) Quels en sont les avantages et les inconvénients ?
8°) Calculez l'Odds Ratio évaluant l'impact de la mauvaise installation sur la table opératoire sur la survenue des embolies pulmonaires.

Quatre mois après vous revoyez la patiente à votre consultation accompagnée par sa fille de 19 ans. Cette dernière doit se marier prochainement et sa mère souhaiterait que vous preniez en charge son examen prénuptial.

9°) En quoi consiste-t-il ?

1°) Rappelez quelles sont les conditions de réalisation de l'IVG. (13 points)

- **Effectué dans un établissement agrée public ou privé** (1)
- Par un **médecin thésé (1)**
- **Déclaration anonyme à la DDASS (1)**
- **Prise en charge à 80 % par la SECU (1)**
- **Avant la 16ème SA ou la 14ème semaines de grossesse (2** et si oubli **ZERO)**
- Nécessite une **attestation de consultation médicale à 8 jours d'intervalle (2)** avec **délai légal de réflexion de 1 semaine (1),** une **attestation de consultation sociale (2)** et une **demande écrite de la personne (2).**

2°) Quel est votre diagnostic pour l'épisode actuel ? (15 points)

- **Thrombophlébite (3) surale (3) gauche (3)**
- Compliquée de probable **embolie pulmonaire (3)** du **lobe moyen droit (3)**

3°) Quels examens demandez-vous en première intention ? (15 points)

- **Gaz du sang** (5)
- **ECG** (5)
- **Radiographie thoracique** (5)

4°) Quels sont les examens permettant de rechercher des signes directs ou indirects d'EP ? (9 points)

- **Scintigraphie de ventilation-perfusion** (3)
- **Angio-scanner** (3)
- **Angiographie pulmonaire** (2)
- **Echographie cardiaque** (1)

5°) Il s'agit d'une forme peu importante. Quelle sera schématiquement votre prise en charge thérapeutique ? (10 points)

- En **urgence** (1)
- **Héparinothérapie** (2) type HBPM en SC pour avoir un TCA entre 1,5 et 3 fois celui du témoin
- **Numération plaquettaire** (1) J0, J5 puis deux fois par semaine
- **Relais précoce par les AVK** (1) avec chevauchement de 48h pour avoir un INR entre 2-3
- Traitement pour une **durée de 6 mois (1)**
- Mesures associées :
  - **Antalgiques (1)**
  - **Repos au lit, membres inférieurs surélevés (1)**
  - **Lever après 48h d'anticoagulation efficace (1) avec port de contention veineuse (1).**
  - Surveillance clinique et paraclinique

6°) Comment s'appelle le type d'enquête que vous venez de réaliser ? (12 points)

- Enquête **épidémiologique cas-témoin (2+2)**
- **Longitudinale (4)**
- **Rétrospective (4)**

7°) Quels en sont les avantages et les inconvénients ? (12 points)

Avantages :
- **Peu coûteuse (1)**
- **Facile et rapide à réaliser (1)**
- **Etudie des maladies rares ou à longue durée d'incubation (1)**
- **Etudie plusieurs facteurs de risque à la fois (1)**
- **Pas de problèmes d'éthique (1)**

Inconvénients :
- **N'étudie pas les facteurs d'exposition, l'histoire de la maladie ou plusieurs maladies à la fois (1+1+1)**
- **Ne permet pas de calculer un taux d'incidence (1)**
- **Donne une estimation indirecte du Risque Relatif par le biais de l'Odds Ratio (1)**
- **Risques de biais de sélection et de mesure (1+1)**

8°) Calculez l'Odds Ratio évaluant l'impact de la mauvaise installation sur la table opératoire sur la survenue des embolies pulmonaires. (5 points)

- OR = (malades chez exposés x sains chez non exposés) / (sains chez exposés x malades chez non exposés)
- OR = (6 x 9) / (2 x 2)
- **OR = 13,5 (5)**

9°) En quoi consiste-t-il ? (9 points)

- **Examen clinique détaillé (2)**
- Donnant suite à la **délivrance d'un certificat médical (1)**
- **Prélèvements obligatoires (1) :**
  - **Groupe sanguin (1)**
  - **Sérologies rubéole, toxoplasmose et syphilis (1+1+1)**
  - **Proposition de dépistage du VIH 1 et 2 (1)**
  - Résultats communiqués sous pli scellé nominatif à la patiente

COMMENTAIRE DU DOSSIER 27

1°) Le délai peut être ramené à 2 jours en cas d'urgence.

2°) FDR de l'embolie pulmonaire :

- Alitement prolongé
- Age avancé
- Insuffisance cardiaque
- Cancer occulte (poumon, digestif, sein, utérus, prostate) AVC
- Obésité
- Grossesse et post-partum
- Contraceptifs oraux
- Période post-opératoire
- Traumatisme des membres inférieurs

4°) Remarques :

- Dans 70% des cas la scintigraphie ne permet pas de conclure
- L'angiographie pulmonaire permet d'obtenir des indices pronostiques : l'index Miller et la mesure des pressions et des résistances pulmonaires.

5°) Il s'agit d'une urgence thérapeutique majeure, avec 50% de récidive à court terme et 25% de décès sans traitement.

8°)

	Exposé	Non exposé	Total
Malade	6	2	8
Non malade	2	9	11
Total	8	11	19

DOSSIER 28

M. R., 21 ans, se présente aux urgences pour des douleurs abdominales évoluant depuis quelques jours ; celles-ci ont débuté dans la région péri-ombilicale puis ont migré rapidement en fosse iliaque droite ; de là elles se sont étendues pour atteindre l'ensemble de l'abdomen ; elles sont d'une intensité insupportable… ce patient n'a par ailleurs aucun antécédent.

1°) Quels diagnostics devez-vous évoquer devant des douleurs abdominales diffuses ?

2°) Votre examen retrouve une défense généralisée de l'abdomen ; vous n'effectuez pas de toucher rectal… Quel diagnostic évoquez-vous donc ?

3°) Quel examen demandez-vous pour confirmer le diagnostic ?

4°) Quelle attitude adoptez-vous aux urgences ?

5°) Quel est le traitement spécifique ensuite ?

6°) Quelles sont les complications infectieuses que vous connaissez, qui peuvent survenir après traitement ?

7°)

a) si le patient est en occlusion à J_5 après le traitement, quel est le diagnostic classique à évoquer ?

b) si le patient est en occlusion 1 an après le traitement, quels sont les diagnostics que vous évoquez ?

1°) Quels diagnostics devez-vous évoquer devant des douleurs abdominales diffuses ? (16 points)

Occlusion intestinale aiguë (4)
Péritonite aiguë (4)
Sigmoïdite aiguë diverticulaire (4)
Douleur de colopathie / gastro-entérite aiguë / colite aiguë (inflammatoire, infectieuse…)

2°) Votre examen retrouve une défense généralisée de l'abdomen ; vous n'effectuez pas de toucher rectal… Quel diagnostic évoquez-vous donc ? (11 points)

Péritonite aiguë d'origine (6) appendiculaire (5)

3°) Quel examen demandez-vous pour confirmer le diagnostic ? (10 points)

Aucun

4°) Quel attitude adoptez-vous aux urgences ? (18 points)

Hospitalisation en **urgence (3)**
Laisser à jeun (3)
Prévenir le bloc et l'anesthésiste (3)
Prélever un bilan pré-opératoire
Perfusion pour éventuelle **rééquilibration hydro-électrolytique (3)**
Antalgiques intra-veineux (3)
Antibiotiques intra-veineux (3)
Surveillance

5°) Quel est le traitement spécifique ensuite ? (12 points)

Traitement **chirurgical (2) :**
- cœlioscopie ou laparotomie
- **exploration et bilan des lésions** (2)
- **appendicectomie** (2)
- **lavage péritonéal abondant** (2) et répété (des 4 quadrants de l'abdomen sans oublier le cul-de-sac de Douglas)
- drainage
- **bactériologie et anatomopathologie de tous les prélèvements (2) et de l'appendice**

Surveillance post-opératoire (2)
Poursuite de l'antibiothérapie une semaine au moins

6°) Quelles sont les complications infectieuses que vous connaissez, qui peuvent survenir après traitement ? (15 points)

Abcès sous-phrénique (3) (localisation favorisée par l'aspiration induite par les coupoles diaphragmatiques)
Abcès du cul-de-sac de Douglas (3) (localisation favorisée par la déclivité)
Abcès au contact=syndrome du 5ᵉ jour (3)
Péritonite post-opératoire (3) (par lâchage du moignon appendiculaire)
Abcès de paroi (3)

7°)
a) si le patient est en occlusion à J_5 après traitement, quel est le diagnostic classique à évoquer ?
b) si le patient est en occlusion 1 an après le traitement, quels sont les diagnostics que vous évoquez ? (18 points)

a) **syndrome du 5ᵉ jour** (6) = goutte de pus située au contact du moignon appendiculaire => tableau occlusif fébrile

remarque : complication rare (<1 %) mais à connaître

b) il faut évoquer :
- **une occlusion intestinale aiguë par strangulation, sur bride post-opératoire (6)**
- une **éventration étranglée (6)**
- les autres causes indépendantes de l'opération d'il y a un an=hernie étranglée…

COMMENTAIRES DU DOSSIER 28

2°) le début péri-ombilical ou même épigastrique, fait très appendicite devant des douleurs de la fosse iliaque droite, il faut le savoir…un diagnostic différentiel possible peut être l'ulcère perforé+/-bouché avec une petite coulée dans la gouttière pariéto-colique droite.. En cas de doute, une radio de l'abdomen à la recherche d'un pneumopéritoine permettra le plus souvent de trancher.

3°) Au stade de péritonite, il ne faut plus se prendre la tête et opérer d'emblée… il pourrait ne pas en être de même en phase d'appendicite aiguë catarrhale, où l'on serait en droit de vous demander un jour quels sont les examens à discuter en cas d'atypie clinique ou biologique => échographie pour les femmes (permet une bonne analyse des annexes pour le diagnostic différentiel) et chez les enfants (car ils ont généralement maigres et que l'appendice est facilement visualisé), que le scanner est le meilleur examen mais pose un problème fréquent de disponibilité.

6°) On pourrait citer évidemment les complications infectieuses non spécifiques type infection urinaire ou pneumopathie d'inhalation, mais qui n'ont pas d'intérêt…on comprend bien que ça n'était pas l'esprit de la question.

DOSSIER 29

De garde au SAMU, vous êtes appelé pour prendre en charge M. P, 64 ans, victime de brûlures aiguës lors de l'incendie de sa maison. Il a été retrouvé gisant sur la pelouse, après qu'il se soit jeté du premier étage afin de pouvoir échapper aux flammes. Il est en pyjama, à moitié brûlé.
A l'examen : Glasgow = 12 avec un patient agité et confus. TA normale, pouls à 75/min, SaO_2 en air ambiant = 96%.
L'inspection retrouve un début d'œdème cervico-facial. Les sourcils et la moitié du cuir chevelu sont brûlés, ainsi que l'avant bras et la main gauche et toute la cuisse droite. Des phlyctènes sont retrouvées au niveau des joues et du dos de la main, alors qu'au niveau de la face antérieure de la cuisse la peau a un aspect cartonné.
Il n'y a pas de fractures des membres et l'examen du massif facial est sans particularités. L'abdomen est souple et dépressible.
Le reste de l'examen cardio-pulmonaire et neurologique est normal.

1°) Evaluez la surface corporelle brûlée.
2°) Quels sont les facteurs de gravité ici présents ?
3°) Calculez le scores de Baux et l'index USB. Qu'en concluez-vous au niveau du pronostic du patient ?
4°) Quelle sera votre prise en charge initiale pré-hospitalière ?
5°) L'inspection de ses voies aériennes supérieures lors de votre manœuvre retrouve quelques traces de suie au fond de l'oropharynx. Que faut-il craindre ? Quel geste est alors déconseillé ?
6°) Quels examens seront utiles une fois le patient à l'hôpital ?

Malgré la réanimation, le patient devient hémodynamiquement instable, avec une hypotension à 78/80 et une tachycardie à 89/min. Les examens que vous avez demandé sont prêts (images ci-dessous).





7°) Analysez les clichés. Que suspectez-vous ?
8°) Une prise en charge chirurgicale en urgence est décidée. Auparavant, on décide de transfuser le patient. Rappelez les règles qui doivent être respectées.

1°) Evaluez la surface corporelle brûlée. (8 points)

- **Tête : 4,5% (2)**
- **Membre supérieur gauche : 4,5% (2)**
- **Membre inférieur droit : 9% (2)**

- **Total : 18% (2)**

2°) Quels sont les facteurs de gravité ici présents ? (10 points)

- **Age > 60 ans (2)**
- **Œdème cervico-facial (2)**
- **Polytraumatisé potentiel (2)**
- **Brûlures profondes (2) avec 3ème degré sur la cuisse et étendues (2)**
- **Troubles de la conscience (2)**

3°) Calculez le scores de Baux et l'index USB. Qu'en concluez-vous au niveau du pronostic du patient ? (15 points)

- **Baux : 64 + 18 = 82 (5)**
- **USB : 18 + 3 x 4.5 = 31.5 (5)**

- **Mauvais pronostic avec chances de survie < 50 %. (5)**

4°) Quelle sera votre prise en charge initiale pré-hospitalière ? (20 points)

- **En respectant axe tête-cou tronc (3 et si oubli ZERO dossier)**
- **Mise en condition du malade : scope-ECG, VVP, LVAS, intubation, rééquilibration hydro-éléctrolytique (1+1+1+1+1)**
- **Déshabiller le patient (1)**
- **Arroser les brûlures 15 minutes, à 15 cm de distance, avec une eau à 15°C sous faible pression (1+1+1+1)**
- **Faire des pansements sans colorants cutanés (1), avec les membres en position de fonction (1)**
- **Bien séparer les membres ou les segments de membres (1)**
- **SAT/VAT (1) et antalgiques (1)**
- **Couverture isotherme (1)**
- **Transport médicalisé vers USI (1)**

NB. Si sondage urinaire cité, ZERO cadre.

5°) L'inspection de ses voies aériennes supérieures lors de votre manœuvre retrouve quelques traces de suie au fond de l'oropharynx. Que faut-il craindre ? Quel geste est alors déconseillé ? (8 points)

- **Intoxication à l'acide cyanhydrique (4).**

- **Bouche à bouche contre-indiqué (4)** car risque de contamination.

6°) Quels examens seront utiles une fois le patient à l'hôpital ? (15 points)

- Sans **retarder la prise en charge thérapeutique** (**1** et si oubli **ZERO**)
- Biologie :
  - **NFS, plaquettes, hémostase (1)**
  - **Ionogramme sanguin (1), glycémie (1)**
  - **Bilan pré-transfusionnel** (1)
  - **Bilan hépato-rénal** (1)
  - **Dosage toxiques dont CO** (**1** et si oubli **ZERO**)
- Radiologie :
  - **Thorax de face et de profil (1), ASP (1)**
  - **Rachis entier, bassin face et membres (1+1+1)**
  - Echographie (1) **abdomino-pelvienne et rénale**
  - **Scanner cérébral** (**1** et si oubli **ZERO**) **et corps entier** (1)

7°) Analysez les clichés. Que suspectez-vous ? (10 points)

Radiographie bassin (1) de face (1) :
- **Fractures des branches ischiatiques (1)** non comminutives
- **Fracture du sacrum (1) à gauche (1)**

TDM sans injection (1) du bassin :
- **Fractures sacrées (1) non comminutives** (1)
- **Rupture extra-péritonéale de la vessie (2)**

8°) Une prise en charge chirurgicale en urgence est décidée. Auparavant, on décide de transfuser le patient. Rappelez les règles à respecter. (12 points)

- **Après groupage ABO, rhésus et RAI de moins de 3 jours (1+1+1)**
- **Patient informé et consentant (1+1)**
- **Deux déterminations (1) sur 2 tubes de sang différents (1) prélevés par des infirmières différentes (1), chacune effectuée par une double épreuve (1) sérique = test de Simonin (1) et globulaire = test de Beth-Vincent (1)**
- **Ultime vérification de la compatibilité au lit du malade (1)**

COMMENTAIRES DU DOSSIER 29

1°) Règle de 9 de Wallace :

- Tête 9%
- Membre supérieur 9%
- Tronc 36%
- Membre inférieur 18%
- OGE 1%

3°) Index de Baux = âge + % surface brûlée au moins au 2ème degré
Score USB = % surface brûlée + 3 * % surface brûlée au 3ème degré.

5°) Circonstances d'apparition :
L'intoxication est généralement accidentelle soit professionnelle soit lors de l'exposition aux fumées d'incendie avec combustion de laine, de soie, ou bien de polymères synthétiques. L'ion cyanure se lie au fer ferrique de la cytochrome oxydase, bloquant de façon rapide et réversible la chaîne respiratoire mitochondriale.
L'oxygénothérapie à concentration élevée semble pouvoir déplacer les ions CN^-.
L'hydroxocobalamine réagit avec le cyanure et donne la cyanocobalamine qui est éliminée dans les urines.

DOSSIER 30

Vous êtes invité par vos amis. Leur enfant Sylvain, âgé de 14 mois, joue à 4 pattes entre vos jambes, près de la table à apéritifs. Soudain, il présente un accès de toux violente, avec un accès brutal de suffocation. Cependant ces troubles disparaissent rapidement et l'enfant reprend son jeu comme avant. Rassurés, vos amis reviennent à table, mais vous n'êtes pas de leur avis...

1°) Que craignez-vous ?

2°) Pourquoi ?

3°) Commentez le cliché radiologique. Qu'en pensez vous ?

4°) Comment faire le diagnostic ?

5°) Quels en sont les risques évolutifs ?

6°) Quand pratiquer une manœuvre de Heimlich ?

7°) Quelle sera votre conduite à tenir ?



1°) Que craignez-vous ? (15 points)

• **Inhalation de corps étranger dans les voies aériennes supérieures (15)**

2°) Pourquoi ? (15 points)

Contexte favorable : • **Corps étranger à proximité (3)** • **Pince pouce index individualisée (3)** **Syndrome de pénétration (6)**

3°) Commentez le cliché radiologique. Qu'en pensez-vous ? (10 points)

• Radiographie thoracique **de face (2)** • **Normale (3)** • **N'élimine pas le diagnostic (5)** de corps étranger

4°) Comment faire le diagnostic ? (15 points)

• **Examen endoscopique des voies aériennes supérieures (10)** • **En urgence (5)**

5°) Quels en sont les risques évolutifs ? (15 points)

• **Infections chroniques (3)** récidivantes : bronchites et pneumopathies • **Atélectasie (3)** • **Emphysème pulmonaire (3)** • **Dilatation des bronches (3)** et sténose • **Plus rare, décès (3)** par enclavement du CE au niveau du plan glottique.

6°) Quand pratiquer une manœuvre de Heimlich ? (15 points)

• **Uniquement en cas d'extrême urgence (5)** avec asphyxie et risque de décès • **Sinon à tenter une seule fois (5) et à proximité d'un plateau technique (5)** permettant l'endoscopie bronchique

7°) Quel sera votre conduite à tenir ? (15 points)

• **Après transport médicalisé (3** et si oubli **ZERO)** en milieu spécialisé • **Laryngoscopie ou trachéo-bronchoscopie au tube rigide (3)** au bloc opératoire permettant éventuellement de visualiser et d'extraire le CE • **En cas d'inflammation importante (1) associée, discuter la prescription de corticoïdes (1) et d'antibiotiques (1) tout en retardant l'extraction (1)** endoscopique • **Surveillance post-extraction (2)** • **Prévention d'autres accidents par une éducation parentale appropriée (3** et si oubli **ZERO)**

COMMENTAIRES DU DOSSIER 30

1°) Localisations :

- Laryngé : rare, il entraîne parfois une asphyxie rapidement mortelle, mais en général il reste enclavé dans le larynx. Une ventilation suffisante est alors maintenue, les signes évocateurs étant une dyspnée laryngée continue, avec voix étouffée et accès de suffocation spasmodiques associés.
- Trachéal : son principal risque est l'enclavement sous-glottique lors d'un effort de toux et les signes évocateurs sont des troubles respiratoires spasmodiques intermittents souvent déclenchés par des changements de position.
- Bronchique : cas le plus fréquent, parfois asymptomatique et découvert lors de complications secondaires, il peut être obstructif.

6°) Manœuvre de Heimlich :

- Victime debout : se placer derrière elle en lui entourant la taille, en plaçant un poing au niveau du creux épigastrique et en appuyant dessus avec l'autre main d'un coup sec dirigé vers le haut.
- Victime couchée : se placer à califourchon au dessus de la victime qui doit être en décubitus dorsal, on place ses mains au niveau du creux épigastrique et on appuie d'un coup sec vers le haut.

DOSSIER 31

M. G, 47 ans, sans domicile fixe, vous est adressé par le SAMU social qui l'a retrouvé en état d'ébriété avancé sous un pont au cours d'une nuit d'hiver. Il est hypotherme à 32°C.
A l'arrivée le patient est pâle, frissonnant, avec des extrémités cyanosées. Il est légèrement désorienté. Ses réflexes ostéo-tendineux sont vifs et il se plaint de myalgies au niveau de son membre supérieur gauche. La peau à ce niveau est livide.

1°) Que pensez vous de la température annoncée ?

2°) Quelles sont les mesures immédiates à mettre en route ?

3°) L'ECG pratiqué montre l'image ci-dessous. De quoi s'agit-il ? Quelles sont les autres anomalies constatées lors d'une hypothermie ?



4°) La poche urinaire du patient ramène des urines foncées. Que faut-il craindre ? Pourquoi ?
5°) Quels sont les trois principaux risques évolutifs de cette pathologie ?
6°) Peu de temps après le patient décrit des paresthésies dans les doigts de sa main gauche, avec un déficit associé de l'extension de l'index et du majeur. Les pouls sont conservés. A quoi faut-il penser ? Quel en sera le traitement ?
7°) A quoi faut-il faire attention lors du traitement d'une hypothermie ?
8°) Malgré les soins, la situation ne s'améliore pas et une infirmière de l'USI vous appelle pour constater son décès. Que faut-il faire ?

1°) Que pensez-vous de la température annoncée ? Quels autres examens seront nécessaires ? (10 points)

- **Il faut la recontrôler avec un thermomètre hypotherme (1)**
- **NFS - ionogramme (1)**
- **Urée et créatinine (1)**
- **Enzymes musculaires (1), myoglobine (1)**
- **GDS (1), lactates (1)**
- **Dosage des toxiques : alcool, médicaments (1)**
- **ECG (1 et si oubli ZERO)**
- **Radiographie de thorax (1)**

2°) Quelles sont les mesures immédiates à mettre en route ? (15 points)

- **Urgence thérapeutique (1)**
- **Hospitaliser en USI (1)**
- **Scope - ECG (1 et si oubli ZERO)**
- **O_2 nasal systématique (1)**
- 2 VVP et **remplissage par solutés réchauffés type sérum physiologique (1)**
- **Réchauffement externe passif (2)**
- **Surveillance de l'évolution : pouls-TA (1), température (1)**, FR, conscience, membre supérieur, **diurèse (2 et si oubli ZERO), kaliémie (2 et si oubli ZERO)**
- **Prévention de l'hyperkaliémie (2 et si oubli ZERO)**

3°) De quoi s'agit-il ? Quelles sont les autres anomalies constatées lors d'une hypothermie ? (15 points)

- **Onde J d'Osborn (5) sur la branche descendante de l'onde R : lésion pathognomonique de l'hypothermie (2)**
- **Augmentation de l'espace PR (2)**
- **Allongement du QT (2)**
- **Elargissement du QRS (2)**
- **Trouble du rythme type tachycardie ventriculaire et fibrillation ventriculaire (1)**
- **Trouble de conduction (1)**

4°) La poche urinaire du patient ramène des urines foncées. Que faut-il craindre ? Pourquoi ? (10 points)

- **Rhabdomyolyse (3)** par **Crush syndrome** probablement sur **son membre supérieur gauche (2)** : contexte **d'immobilité prolongée (1), sol froid (1), œdème (1), phlyctènes (1)** et **myalgies (1).**

5°) Quels sont les trois principaux risques évolutifs de cette pathologie ? (10 points)

- **Hyperkaliémie (3)** avec **risque d'arrêt cardiaque (1)**
- **Insuffisance rénale aiguë** par **nécrose tubulaire aiguë (3)**
- **Syndrome des loges (3)**

6°) Peu de temps après le patient décrit des paresthésies dans les doigts de sa main gauche, avec un déficit associé de l'extension de l'index et du majeur. Les pouls sont conservés. A quoi faut-il penser ? Quel en sera le traitement ? (15 points)

- **Syndrome des loges (4)**
- **Aponévrotomies (3) chirurgicales (3) de décharge (3) en urgence (2)**

NB : si oubli chirurgie ZERO

7°) A quoi faut-il faire attention lors du traitement d'une hypothermie ? (10 points)

- **Eviter tout réchauffement brutal (3)**
- Afin d'**éviter la vasodilatation périphérique brutale (3)** qui peut entraîner un **collapsus (2) et des troubles du rythme (2)** type fibrillation ventriculaire.

8°) Malgré les soins, la situation ne s'améliore pas et une infirmière de l'USI vous appelle pour constater son décès. Que faut-il faire ? (15 points)

- **Il ne faudra déclarer le décès qu'en situation de normothérmie et en absence de toute sédation (5 et si oubli ZERO).**
- **Certificat daté et signé par deux médecins thésés** (2).
- **Coma aréactif** (1) avec **absence de réflexes du tronc cérébral (1), mydriase aréactive (1)** et **absence de ventilation spontanée (1).**
- Discutable en pratique quotidienne si pas de décès suspect : **2 EEG plats et aréactifs à 6h d'intervalle (2) ou bien une angiographie cérébrale des 4 axes montrant l'absence de circulation sanguine (2)**

COMMENTAIRES DU DOSSIER 31

2°) Mesures de prévention :

Prévention de l'hyperkaliémie :

- Furosémide IV (Lasilix®)
- 500 ml de SG 10% + 10 UI d'insuline
- Alcalinisation par bicarbonate hypertonique
- Possible utilisation du mannitol

Prévention de l'insuffisance rénale :

- Obtention d'une normovolémie
- Maintient de la diurèse par Furosémide 120 mg
- Lutter contre l'acidose : bicarbonate à 1, 4 % (250 ml/l Ringer Lactate perfusé)

5°) La compression entraîne une ischémie cellulaire avec troubles de la perméabilité membranaire et libération de constituants myocytaires : enzymes musculaires, potassium, myoglobine.

Les conséquences :

- Extravasation plasmatique ➔ aggravation de la compression locale, collapsus voire choc hypovolémique.
- Filtration de la myoglobine par le glomérule rénal ➔ précipitation dans les tubules rénaux ➔ NTA.
- Troubles du rythme cardiaque dus à l'hyperkaliémie.

DOSSIER 32

M. T, éleveur agricole de 59 ans, vient consulter aux urgences pour prise en charge de plaies multiples. Il vous dit avoir tenté la veille de capturer un renard qui rôdait depuis quelques jours autour de ses moutons et aurait même mordu à plusieurs reprises son chien de garde. L'animal s'était pris dans un piège posé dans la ferme, mais lorsqu'il avait voulu le saisir il avait pu s'échapper après une courte lutte.
A l'examen, le patient présente plusieurs griffures sur les avant-bras et une entaille plus profonde sur la face antéro-latérale du cou, salie par de la terre. Par ailleurs, une trace de morsure est retrouvée sur sa main gauche. Il n'est pas fébrile et est en bon état général.
Il vous dit qu'il ne portait pas de combinaison ou de gants spéciaux lors de l'accident. Enfin, ses dernières vaccinations datent d'il y a 2 ans.

1°) Que devez-vous craindre ?

2°) Quels sont les éléments péjoratifs que vous relevez dans cette observation ?

3°) Quelle est la période à risque de contamination pour l'homme ?

4°) Quelles mesures thérapeutiques devez-vous prendre ?

5°) Quelles sont les autres mesures associées ?

Après 4 semaines, le patient revient consulter en se plaignant de maux de tête avec photophobie et sensation de malaise généralisé. Il est fébrile et vous remarquez l'apparition d'une irritation autour de sa plaie de l'avant bras.

6°) A quoi pensez-vous et que devez-vous faire ?

7°) Comment en faire le diagnostic ?

8°) Quel est le pronostic de votre patient ?

1°) Que devez-vous craindre ? (10 points)

- Inoculation **du virus de la rage (10)**

2°) Quels sont les éléments péjoratifs que vous relevez dans cette observation ? (15 points)

- **Lésions multiples et profondes (3)**
- Existence d'une **plaie proche du système nerveux (3)**
- **Contact salivaire (3)**
- **Absence de mesures de protection (3)**
- **Perte de vue de l'animal mordant (3)**

3°) Quelle est la période à risque de contamination pour l'homme ? (10 points)

- **Un animal enragé ne peut jamais transmettre le virus plus de 12-15 jours avant sa mort. (5)**
- **La contamination est liée à l'existence d'une excrétion virale dans la salive, dont la fréquence augmente lorsque l'on s'approche de la phase symptomatique :** 5 % sujets excréteurs 8 jours avant les premiers signes cliniques contre 80 % 3 jours avant. **(5)**

4°) Quelles mesures thérapeutiques devez-vous prendre ? (15 points)

- **Lavage et nettoyage des plaies et de la peau (4)**
- **Désinfection à l'eau de Javel diluée au 1/10° en respectant un temps de contact avec la plaie de 15 min. (4)**
- **Infiltrer les bords de la plaie avec du sérum antirabique (3)**
- **Vaccination curative mise en route par un médecin travaillant dans un centre anti-rabique : 3 injections à J0, J3 et J7. (4)**

NB : si suture de la plaie ZERO

5°) Quelles sont les autres mesures associées ? (15 points)

- **Appel du centre anti-rabique (3)**
- **Surveillance du chien pendant 15 jours (3 et si oubli ZERO)**
- Avec **examen par un vétérinaire à J0, J7 et J14 (3)**
- **SAT/VAT (3 et si oubli ZERO)**
- **Antibioprophylaxie de la pasteurellose 10 jours : cyclines, bêta-lactamines… (3)**

6°) A quoi pensez-vous et que devez-vous faire ? (10 points)

- **Rage maladie (7)**
- **Déclaration obligatoire (3)**

7°) Comment en faire le diagnostic ? (15 points)

- **Immunofluorescence directe sur des frottis de muqueuse linguale ou des biopsies cutanées. (10)**
- **Post mortem : inoculation sur cultures cellulaires à partir d'un prélèvement cérébral (5)**

8°) Quel est le pronostic de votre patient ? (10 points)

- **Décès dans 100% des cas après déclaration de la maladie. (8)**
- Il n'existe **aucun traitement curatif. (2)**

COMMENTAIRES DU DOSSIER 32

1°) Virus à ARN de la famille des Rhabdoviridae, détruit par la chaleur (15 min à 50°C), la lumière et les UV. Inactivé par les solvants des lipides, les amoniums quaternaires, l'eau de Javel, les solutions savonneuses, l'acide phénique, le formol, la bétapropiolactone ou encore l'acétyl-éthylènimine. Le virus possède un neurotropisme important et sa virulence dépend du nombre de virions inoculés.

5°) Deux formes de la maladie animale :

- Rage furieuse : après la période d'incubation, l'animal devient de plus en plus agité, mord tout son entourage, se met à saliver et on observe l'apparition en quelques jours d'une paralysie.
- Rage paralytique : absence d'agitation, la paralysie apparaît d'emblée en atteignant tout d'abord les muscles des mâchoires ce qui empêche l'animal de se nourrir.

DOSSIER 33

M. K., 43 ans, vient aux urgences pour douleurs abdominales. Ce patient a pour antécédents :
-appendicectomie
-fractures de côtes (au cours d'une rixe)
-hépatite A guérie.
Il présente depuis ce matin des douleurs abdominales insupportables, qu'il situe dans l'épigastre, et qui irradient en arrière ; la seule position qui le soulage est d'être allongé sur le côté en chien de fusil... M. K. a vomi 2 fois depuis que les douleurs ont commencé. Il vous avoue rapidement avoir une fâcheuse tendance à picoler avec ses collègues de bureau dès qu'une occasion se présente.
Votre examen clinique est sans particularité, retrouvant effectivement une douleur à la palpation de l'épigastre, sans défense.

1°) Quel diagnostic évoquez-vous ? Comment le confirmer ?

2°) Votre diagnostic est confirmé facilement ; quelles étiologies peuvent être responsables de cette maladie? Comment les rechercher ?

3°) En attendant de pouvoir estimer avec précision la gravité de cette maladie, quel traitement mettez-vous en place ?

4°) Quels sont les éléments de mauvais pronostic à rechercher ?

5°) Le bilan conclut à une forme grave, nécrotique, de la maladie ; à J-12, le patient a de la fièvre pour la 1ère fois depuis le début. Quelle est la conduite à tenir diagnostique ?

6°) Quels sont les traitements "spécifiques" dont vous disposez si votre hypothèse diagnostique principale est confirmée ?

1°) Quel diagnostic évoquez-vous ? Comment le confirmer ? (10 points)

Pancréatite aiguë (3), alcoolique (2) probable
Dosage de la **lipase (3)** : **>3N (2)** = diagnostic

2°) Votre diagnostic est confirmé facilement ; quelles étiologies peuvent être responsables de cette maladie ? Comment les rechercher ? (25 points)

Alcool (2) = à rechercher par :
- **l'interrogatoire (1)**, l'examen **clinique (2)** et la **biologie (2)** (qui recherchent des stigmates d'intoxication alcoolique chronique)
- **l'imagerie (2)** (ASP, écho abdominale, scanner...) recherche quant à elle des signes en faveur d'une pancréatite chronique = **calcifications** pancréatiques, irrégularités sur le canal de Wirsung...

Lithiase biliaire (2) = à rechercher par :
- **l'échographie abdominale (2)** (qui manque de sensibilité initialement en raison de l'iléus réflexe, et qu'il ne faut pas hésiter à répéter)
- et surtout **l'écho endoscopie digestive haute (2)** (très indiquée si l'échographie abdominale standard est négative)

Se rappeler toutefois qu'une voie biliaire normale n'élimine pas une migration lithiasique...savoir aussi qu'il existe des critères de "suspicion" de l'étiologie biliaire : femme, âge > 50 ans, élévation transitoire des ALAT > 3 N...

Traumatique (1) = interrogatoire (1)
Hyper-calcémie (2) = dosage de la calcémie
Hyper-trigycéridémie (2) = bilan lipidique complet
Viroses diverses = non recherchées en pratique courante
Iatrogènes (2) = interrogatoire (1) sur les prises récentes médicamenteuses
Idiopathique (1) = diagnostic d'élimination bien sûr

3°) En attendant de pouvoir estimer avec précision la gravité de cette maladie, quel traitement mettez-vous en place ? (14 points)

Urgence (2)
Hospitalisation en milieu médico-chirurgical idéalement
Laisser à **jeun (2)**
Perfuser, **hydratation (2)** abondante = 2 à 3 litres/jour
Prévention du *delirium tremens* (2) (outre l'hydratation) = vitaminothérapie B1, B6 et benzodiazépines si besoin
Antalgiques (2), en n'hésitant pas à passer à la **morphine (2)** rapidement
Sonde naso-gastrique en aspiration douce si vomissements persistants
Surveillance (2)

4°) Quels sont les éléments de mauvais pronostic à rechercher ? (15 points)

Terrain (3) débilité : tares viscérales sous-jacentes
Score de **Ranson (3)** > ou = 3
Score de **Balthazar** (3) : D ou E=>mauvais
ou mieux **CTSI** (3) : > ou = 4=> mauvais
Existence d'une **défaillance d'organe (3)** (cœur, poumon, rein, foie, CIVD...)
CRP > 150 mg/L

5°) Le bilan conclut à une forme grave, nécrotique, de la maladie ; à J-12, le patient a de la fièvre pour la 1ère fois depuis le début. Quelle est la conduite à tenir diagnostique ? (16 points)

Il faut évoquer une **infection** (1) avant tout, et en particulier une sur-infection de la nécrose :

- cliniquement = rechercher des signes de "localisation" (brûlures à la miction, crépitants à l'auscultation pulmonaire, rougeur autour d'un trajet de perfusion...), une phlébite...
- bilan infectieux complet :
  - **NFS-plaquettes** (3)
  - **CRP** (3) (++++)
  - **hémocultures** (3) x 3, ECBU...
- Renouveler le **scanner** (3), à la recherche d'une modification des images (seule l'existence de bulles de gaz est pathognomonique d'un nécrose infectée)
- Et, sur un faisceau d'arguments = **ponction** (3) scanno-guidée d'une zone de nécrose (ou d'une collection liquidienne) semblant pathologique...

6°) Quels sont les traitements "spécifiques" dont vous disposez si votre hypothèse diagnostique principale est confirmée ? (20 points)

Antibiothérapie parentérale (5), initialement probabiliste et à large spectre, et secondairement adaptée au(x) germe(s) et à l'antibiogramme
Traitement chirurgical (5) = nécrosectomie (5)
Drainage per-cutané (5)

COMMENTAIRES DU DOSSIER 34

Dossier "bateau", respectant les recommandations de la conférence de consensus (qui date de 2001) sur la pancréatite aiguë ; l'autre possibilité, si la question tombait à l'ENC, serait une pancréatite biliaire ; sachez à ce propos que la sphinctérotomie endoscopique n'est recommandée en urgence qu'en cas d'angiocholite avérée ou tout du moins d'ictère obstructif...

1°) l'amylase, bien que souvent dosée de façon systématique, en association avec la lipase, n'a pas d'intérêt. Par ailleurs, en cas de négativité initiale de la lipase, les examens d'imagerie sont indiqués à visée diagnostique, en privilégiant le scanner, qui est le plus performant.

4°) La gravité de la maladie est au mieux appréciée 48 heures après le début des symptômes ; c'est pour cela que le scanner et la CRP doivent être demandés à ce moment...

DOSSIER 34

M. D., patient de 54 ans, arrive aux urgences pour prise en charge d'une impossibilité douloureuse d'uriner, évoluant dans un contexte de fièvre à 39,5° C avec frissons associés. Depuis quelques jours déjà il se plaignait de brûlures urinaires, avec des mictions plus fréquentes et difficiles. L'inspection met en évidence un écoulement purulent au méat urétral et la palpation abdominale retrouve un globe vésical très sensible, alors que les fosses lombaires sont libres.

A l'interrogatoire M. D. vous dit avoir subi une urétrocystoscopie il y a 1 mois lors d'un bilan d'adénome bénin de prostate.

Par ailleurs il déclare avoir eu plusieurs rapports sexuels non protégés avec 5 partenaires différentes ces derniers mois, le dernier remontant à 1 semaine.

1°) Quel diagnostic évoquez-vous ?

2°) Quel(s) autre(s) signe(s) clinique(s) devez-vous rechercher ?

3°) Quels germes sont le plus souvent en cause ?

4°) Quel sera votre bilan para-clinique ?

5°) Votre externe a demandé par abus le dosage du taux de PSA qui revient élevé. Que dites-vous au patient inquiet ?

6°) Quelle doit être votre conduite à tenir en urgence ?

7°) Quelles mesures associées sont ici indispensables ?

L'épouse de M. D., mise au courant des escapades de son mari, est allée voir son médecin généraliste qui lui a prescrit une sérologie syphilitique. Les résultats obtenus sont TPHA négatif et VDRL positif.

8°) Interprétez le résultat.

1°) Quel diagnostic évoquez-vous ? (10 points)

- **Prostatite aiguë infectieuse (4)**
- **Compliquée de rétention aiguë d'urine (4)**
- **Probablement due à une MST (2)**

2°) Quel(s) autre(s) signe(s) clinique(s) devez-vous rechercher ? (15 points)

- **Toucher rectal : (7 et si oubli ZERO)**
  - **Peut être normal au début (1)**
  - **Prostate douloureuse (1), œdématiée (1), augmentée de volume (1)**
- **Eliminer orchi-épididymite (2) ou uréthrite (2)** associée

3°) Quels germes sont le plus souvent en cause ? (6 points)

- **Gonocoque (3)**
- *Chlamydia* (3)

4°) Quel sera votre bilan para-clinique ? (20 points)

- **NFS, VS, CRP (3)**
- Ionogramme, **urée et créatinine sanguines (3)**
- Bactériologie **:**
  - **Si miction ou bien après drainage BU et ECBU (2)**
  - **Hémocultures (2)**
  - **Prélèvements locaux d'écoulement urétéral avec examen direct et cultures (4)**
  - **Sérologies hépatite B, C, VIH 1 et 2 avec accord du patient, syphilis, mycoplasmes, chlamydiae (3)**
- **ASP (2)**
- **Echographie prostatique** dans un 2ème temps **(1)**

5°) Votre externe a demandé par abus le dosage du taux de PSA qui revient élevé. Que dites-vous au patient inquiet ? (9 points)

- **Pas de valeur "néoplasique" de cette hausse (3)**
- **Souvent très élevé dans les périodes inflammatoires (3)**
- **Confronter aux résultats précédents une fois la guérison obtenue (3)**

6°) Quelle doit être votre conduite à tenir en urgence ? (15 points)

- **Drainage en urgence par cathétérisme sus-pubien (5 et si oubli ou si sondage alors ZERO)**
- **Antibiothérapie probabiliste d'abord parentérale,** 2ème adaptée à la bactériologie, **active sur gonocoque et chlamydia (ex. céphalosporines et cyclines) (5)**
- Durée du **traitement 4 à 6 semaines (2)**
- **Repos (1)**
- **Antalgiques (1)**
- **AINS (1)**
- Surveillance

7°) Quelles mesures associées sont ici indispensables ? (15 points)

- **Rechercher et traiter les partenaires (5 et si oubli ZERO)**
- **Abstention ou rapports protégés jusqu'à guérison (5)**
- **Surveillance biologique** de la guérison **(5)**

8°) Interprétez le résultat. (10 points)

- **Fausse positivité sérologique (8)**
- **Faire FTA-ABS et TPI pour confirmer (2)**

COMMENTAIRES DU DOSSIER 34

1°) La MST semble ici la cause la plus probable car :
- Examen invasif il y a 1 mois alors que les troubles ont débuté il y a quelques jours
- Comportement à risque concomitant à l'installation des troubles
- Urétrite associée avec écoulement franc

6°) Risque de choc septique en cas de sondage urinaire.

RISQUES EVOLUTIFS DES PROSTATITES AIGUES :
- **Rétention aiguë d'urine**
- **Choc septique**
- **Orchi-épididymite**
- **Abcès prostatique**

7°) **Causes de fausse sérologie positive :**

- Infections virales
- Infections parasitaires
- Grossesse
- Certains vaccins
- Lupus
- Connectivites
- Myélome
- Waldenström

DOSSIER 35

M. T, patient de 58 ans, est hospitalisé en urgence pour prise en charge d'un état confusionnel aigu avec AEG associée. Sa TA est de 128/75 mmHg pour 70 de pouls et 37, 2° de température. Il présente une dyspnée rythmée à 4 temps et à son approche vous êtes frappé par l'odeur douceâtre de sa respiration. Ses proches vous disent que depuis 1 semaine il présentait des douleurs abdominales débutées en fosse iliaque droite et accompagnées depuis 48 heures par des vomissements répétés. A l'examen, le patient semble fatigué, ses yeux sont cernés et ses lèvres sèches. Le pli cutané est marqué.
Vous notez une légère désorientation temporo-spatiale, mais le reste de l'examen neurologique est sans particularité. La palpation abdominale retrouve une douleur globale avec présence d'une contracture droite. Enfin, dans ses affaires vous retrouvez une ordonnance de son médecin traitant pour des comprimés de Glucophage®.

1°) Quel diagnostic évoquez-vous ?

2°) Quel autre diagnostic aurait pu être évoqué et quels signes cliniques permettent de l'écarter ?

3°) Comment confirmer le diagnostic ?

4°) Quels résultats d'examens sont indispensables pour la mise en route d'un traitement ?

5°) Quelles mesures immédiates prenez-vous ?

6°) Quelle sera votre prise en charge thérapeutique de ce patient ?

7°) Quelle sera la surveillance de votre patient ?

Au cours d'un nouvel épisode de vomissements vous remarquez la présence de sang dans les liquides recueillis.

8°) A quoi pensez-vous et pourquoi ?

1°) Quel diagnostic évoquez-vous et pourquoi ? (15 points)

- **Diabète de type II décompensé (5)**
- Au stade **d'acidocétose sévère (5)**
- Sur probable **péritonite appendiculaire circonscrite (5)**

2°) Quel autre diagnostic aurait pu être évoqué et quels signes cliniques permettent de l'écarter ? (15 points)

Coma hyperosmolaire : (10)

- **Début brutal des troubles (1)**
- **Dyspnée de Kussmaul (1)**
- **Odeur acétonique de l'haleine (1)**
- **Absence de signes de localisation neurologiques (1)**

3°) Comment confirmer le diagnostic ? (16 points)

- **Dosage de la glycémie capillaire (8)**
- **Bandelette urinaire à la recherche de sucres et de corps cétoniques dans les urines (8)**

4°) Quels résultats d'examens sont indispensables pour la mise en route d'un traitement ? (10 points)

- **Aucun (10)**

5°) Quelles mesures immédiates prenez-vous ? (10 points)

- Hospitalisation **en urgence** au besoin en USI **(1)**
- **Monitorage cardio-tensionnel (1)**
- Laisser **à jeun (1),** pose d'une **sonde naso-gastrique (1)**
- **O_2 nasal (1)**
- **VVP bon calibre (1)**
- **Bilan pré-opératoire (1) et transfusionnel (1)**
- **Hémocultures (1) avec antibiogramme (1)**

6°) Quelle sera votre prise en charge thérapeutique de ce patient ? (20 points)

- **Insulinothérapie IVSE (5)**
- **Réhydratation et correction des troubles électrolytiques avec apport de potassium (5)**
- **Traiter le facteur déclenchant :**
  - **Appendicectomie chirurgicale dès que possible (5)**
  - **Sous couvert d'une double antibiothérapie (5) IV probabiliste secondairement adaptée aux données de l'antibiogramme**

NB. Si oubli l'un des items ZERO

7°) Quelle sera la surveillance de votre patient ? (10 points)

- **Pouls, TA, température (1)**
- **Fréquence respiratoire (1)**
- **Diurèse (1)**
- **Transit (1)**
- **Glycémie capillaire (1)**
- **Cétonurie (1)**
- **Contrôle du ionogramme sanguin, de la réserve alcaline et de l'ECG** tant que persiste la cétose **(3)**
- **Conscience (1)**

8°) A quoi pensez-vous et pourquoi ? (4 points)

- **Syndrome de Mallory-Weiss (2)**
- Ulcérations œsophagiennes hémorragiques dues à des **efforts de vomissements (2)**

COMMENTAIRES DU DOSSIER 35

1°) Causes de l'acidocétose diabétique :

- Coma révélateur du diabète
- Infection ++
- Erreur de traitement : arrêt de l'insulinothérapie ou mauvaise adaptation
- Accident cardio-vasculaire, autres atteintes d'organes (ex. pancréatites…)
- Chirurgie
- Grossesse

4°) Aucun examen n'est indispensable pour pouvoir débuter un traitement, compte tenu de la gravité de cette pathologie. Par contre on doit demander en urgence mais SANS ATTENDRE les résultats :

- Ionogramme sanguin, NFS
- Glycémie
- GDS
- Selon le cas : hémocultures, ECBU, autres portes d'entrée
- Radiographie pulmonaire, ECG

6°) Lors de la disparition de la cétose, on passera l'insuline en sous cutanée toutes les 3 ou 4 heures en adaptant la dose aux glycémies capillaires.
Réhydrater à raison de 6 à 8 litres en 24 heures, dont la moitié doit être apportée dans les 6 premières heures. On utilise du bicarbonate isotonique à 14/1000 si l'acidocétose est sévère, puis on continue par du sérum physiologique, suivi par des perfusions de glucosé isotonique.

7°) Les signes de gravité :

Signes cliniques :

- Troubles de la conscience type obnubilation ou coma
- Polypnée intense
- Nausées et vomissements
- Douleurs abdominales
- Déshydratation globale majeure
- Hypothermie
- Crampes musculaires

Signes biologiques :

- Cétonurie +++
- Glycosurie +++
- Glycémie capillaire > 13 mmol/L

DOSSIER 36

Une femme de 35 ans est amenée par son mari aux urgences. Il semble très inquiet, il vous dit que l'état de sa femme s'aggrave depuis quelques semaines. Il ne lui jamais rien arrivé auparavant vous dit-il. Il y a un mois, elle a eu une mauvaise grippe pour laquelle son médecin traitant avait prescrit un arrêt de travail d'une semaine. Cependant, elle n'est jamais retournée au travail ; elle se sent toujours aussi fatiguée, voire même de plus en plus.
Elle ne mange presque rien, somnole sur le canapé toute la journée alors qu'elle ne dort pas beaucoup la nuit. Elle dit être triste, pleure même parfois, mais ne sait pas très bien pourquoi. L'entretien est difficile, la patiente met beaucoup de temps à répondre à vos questions. Elle vous dit se sentir très coupable, avoir l'impression d'être un poids pour son mari et ne plus avoir envie de rien ; « ça serait mieux que je disparaisse », vous dit-elle.

1°) Faites l'analyse sémiologique de cette observation.

2°) Quel diagnostic retenez-vous ?

3°) Quelle est la conduite à tenir aux urgences ?

4°) Quel traitement va être mis en place ?

Quelques semaines plus tard, de garde aux urgences, vous revoyez la patiente qui se présente à 23 h dans une tenue provocante et débraillée.
« Ah docteur, je suis contente de tomber sur vous, c'est vous que je suis venue voir, je voulais vous remercier de m'avoir sauvé la vie la dernière fois. Je me sens tellement mieux, j'ai perdu mes kilos superflus, j'ai l'impression d'avoir dix ans de moins et que tout est possible, et vous ça va ? »
Elle ne vous laisse même pas le temps de répondre et vous propose de vous tutoyer. Elle vous dit en vous souriant que sa vie sexuelle n'a jamais été aussi riche, qu'elle explore de nouveaux horizons. Elle ne tient pas en place quitte la pièce et va s'entretenir avec les infirmières dans le poste de soins. Vous l'entendez hurler qu'il fait trop chaud ici et qu'il faut qu'elle parte, elle a rendez-vous avec le grand blond, celui qui a une chaussure noire.

5°) Faites l'analyse sémiologique.

6°) Quel est alors votre diagnostic complet ?

7°) Quelle est la conduite à tenir aux urgences ?

8°) Quel traitement médicamenteux va être mis en place ? Détailler le bilan pré-thérapeutique ainsi que la mise en route du traitement.

1°) Faites l'analyse sémiologique de cette observation. (17,5 points)

Présentation de la patiente : discours ralenti
Humeur dépressive : (0,5)

- **tristesse,**
- **anhédonie,**
- **perte des intérêts,**
- **culpabilité,**
- **vision négative d'elle-même,**
- **douleur morale,**
- **idée de mort**

(7) si tous les items sont présents (1) par item

Ralentissement psychomoteur :

- Ralentissement psychique avec **trouble de concentration (2,5)**
- Ralentissement moteur, **asthénie (2,5)**

Troubles corporels (symptômes physiques)

- **Troubles du sommeil avec insomnie nocturne et somnolence diurne (2,5)**
- **Anorexie (2,5)**

2°) Quel diagnostic retenez-vous ? (10 points)

Syndrome dépressif majeur ou mélancolie. (10)

Si absence syndrome dépressif seul (2)

3°) Quelle est la conduite à tenir aux urgences ? (15 points)

Urgence thérapeutique **(2,5)**
Proposer l'hospitalisation à la patiente **(2,5)**
En cas de refus discutez l'hospitalisation à la demande d'un tiers avec le mari devant : **(2,5)**

- intensité du syndrome dépressif avec **idées suicidaires (2,5)**
- nécessité de la mise en place rapide d'un traitement avec une **surveillance hospitalière (2,5)**

En cas de refus du mari faites signer une sortie contre avis médical et une décharge d'HDT (2,5)

4°) Quel traitement va être mis en place ? (20 points)

Hospitalisation en service psychiatrique
Surveillance du risque suicidaire (5 PMZ)
Traitement antidépresseur (5) à débuter per-os initialement :
IRSNA : Venlafaxine-Effexor® ou Tricyclique : Anafranil® (en l'absence de contre-indication connue à rechercher à l'interrogatoire : Glaucome à angle fermé, trouble du rythme)

Traitement anxiolytique (5) :
Benzodiazépine (Xanax®) ou neuroleptique sédatif (Tercian®) ou antihistaminique (Atarax®)

Traitement hypnotique si besoin
Bilan standard pré thérapeutique : ionogramme sanguin, hémogramme, bilan hépatique, ECG
Bonne hydratation,
réalimentation progressive (selon perte de poids, surveillance bilan nutritionnel)
Psychothérapie de soutien
Surveillance clinique et paraclinique de l'efficacité et de la tolérance du traitement (5)
Soutien à la famille

5°) Faites l'analyse sémiologique. (12,5 points)

Présentation et contact : (2,5 si au moins 2 des items suivants)
- tenue débraillée, familiarité, discours érotique
- agitation incessante
- logorrhée

Exaltation de l'humeur (2,5 si au moins 1 des trois items)
- euphorie expansive
- relâchement des censures morales et sociales
- irritabilité

Excitation psychomotrice
- Psychique : **tachypsychie, accélération des représentations mentales, jeux de mots (2,5 si 1 des 3)**
- Motrice : **agitation stérile (2,5)**

Troubles somatiques : **hypersexualité (2,5)**

6°) Quel est alors votre diagnostic complet ? (10 points)

Etat maniaque dans le cadre d'un trouble bipolaire de type III (10)

Rappel du trouble bipolaire :
I : épisodes maniaques plus ou moins épisodes dépressifs
II : épisodes hypomaniaques et épisodes dépressifs
III : épisodes maniaques ou hypomaniaques induits par un traitement antidépresseur

7°) Quelle est la conduite à tenir aux urgences ? (8 points)

Urgence thérapeutique **(2)**
Appel du mari (2)
Hospitalisation en HDT (2)

Si nécessaire : **traitement médical sédatif** per os voire IM **(2)**
au maximum contention
Si possible bilan clinique (examen standard) et paraclinique (bilan bio standard)
Arrêt du traitement antidépresseur (2 points)

Si hospitalisation libre : ZERO à la question

8°) Quel traitement médicamenteux va être mis en place ? Détaillez le bilan pré-thérapeutique ainsi que la mise en route du traitement. (7 points)

Urgence thérapeutique
Arrêt du traitement antidépresseur (1)
Bilan pré thérapeutique : **(3 points si tous les items sinon 0)**

- Interrogatoire et examen clinique
- Ionogramme sanguin, protéinurie, clairance de la créatinine, ECG, TSH, T4, βHCG, EEG si anomalie examen neurologique ou antécédents

Traitement thymorégulateur par Lithium (1,5)
Curatif de l'accès maniaque et préventif des rechutes thymiques

- Theralite LP 400® avec **contrôle lithiémie à J4 à jeun (1,5)** : 0,8 - 1,2 augmentation progressive des doses si nécessaire
- ou Theralite 250® avec contrôle lithiémie à J4 à jeûn : 0,6 - 0,8 augmentation progressive des doses si nécessaire

Surveillance clinique et paraclinique de l'efficacité et de la tolérance du traitement :
- thymie, symptômes de surdosages, ECG, iono sang, urée, créatinine, lithiémie

Si nécessaire :
- Traitement anxiolytique par neuroleptique sédatif (type Tercian® ou Largactil®)
- Traitement antiproductif par neuroleptique antiproductif (type Haldol®)
- Traitement hypnotique

Si association de 2 neuroleptiques : surveillance de l'ECG

Si pas arrêt du traitement antidépresseur aux questions 7 ou 8 (-10)

DOSSIER 37

Mlle C., 25 ans, a été victime d'une chute survenue à la suite d'une perte d'équilibre, sans traumatisme crânien ni perte de connaissance. Il s'agit d'un premier épisode. Ses constantes et son dextro sont normaux et la patiente est apyrétique. La patiente décrit comme seuls antécédents un épisode de cécité brutale droite il y a 3 ans ayant entièrement régressé, ainsi que des paresthésies et dysesthésies de son avant bras gauche qui l'ont gênées il y a 1 an avant de disparaître.
Votre examen clinique retrouve un vertige peu intense, mais la patiente présente des troubles de la statique importants : à la station debout pieds joints et bras tendus, Mlle C. oscille, dévie et manque de tomber.
Une déviation des index, de la marche en étoile ainsi qu'un nystagmus rotatoire droit augmenté par la fixation oculaire sont associés. Les déviations constatées ne sont pas latéralisées et s'accentuent à la fermeture des yeux.
Le reste de l'examen clinique est normal.

1°) Quel est votre diagnostic pour l'épisode actuel ?

2°) Quelle maladie de fond évoquez-vous dans ce contexte ?

3°) Comment en faire le diagnostic ?

4°) Quels en sont les formes évolutives possibles ?

Dans les semaines suivantes, vous avez la surprise de rencontrer régulièrement Mlle C. à votre consultation. Elle vous couvre de cadeaux et trouve que vous êtes trop mal payé compte tenu de votre intelligence.

D'ailleurs, elle souhaite remplacer votre secrétaire afin de mieux s'occuper de vous. Des collègues vous affirment l'avoir entendue déclarer que vous étiez fou d'elle et que vous alliez probablement l'épouser. Enfin, après s'être procuré votre téléphone, Mlle C. vous appelle jour et nuit afin de vous proposer des dîners et des week-ends romantiques.

5°) Qu'évoquez-vous devant ces symptômes ?

6°) Quel en est le risque évolutif ?

7°) Une hospitalisation d'office étant requise contre Mlle C., rappelez-en les principes.

1°) Quel est votre diagnostic pour l'épisode actuel ? (15 points)

- **Vertige (5)**
- Avec **syndrome vestibulaire (5) central** (5)

2°) Quelle maladie de fond évoquez-vous dans ce contexte ? (10 points)

- **Sclérose en plaques (5)**
- En **phase de poussée** (5)

3°) Comment en faire le diagnostic ? (25 points)

Ponction lombaire avec étude du LCR **(5) :**

- **Hyperprotéinorachie (1)** inconstante
- Présence **d'IgG oligoclonales (1) intra-thécales** (1)
- **Hypercytose (1)**

Potentiels évoqués visuels, sensitifs et auditifs (1+1+1)

IRM cérébrale (5) en séquences T1, T2 et T1 avec Gadolinium :

- **Lésions multiples de la substance blanche (2)**
- Avec **double dissémination dans le temps et l'espace (2)**
- Sous la forme de **zones d'hypersignal T2, prenant le Gadolinium si elles sont récentes (2)**
- Contrastant avec **une expression clinique pauvre (2)**

4°) Quelles en sont les formes évolutives possibles ? (15 points)

- **Formes aiguës graves (3) à installation rapide (1) et risque d'handicaps sévères secondaires (1)**
- **Formes moyennes** (3) **évoluant sur 10 à 20 ans** (2)
- **Formes bénignes (2) sous forme de poussées espacées (1) qui régressent à chaque fois sans séquelles (1) ou bien cessant de se manifester après 2 à 3 poussées (1)**

5°) Qu'évoquez-vous devant ces symptômes ? (12 points)

- **Délire (3) paranoïaque (3) passionnel (3)**
- A type **d'érotomanie (3)**

6°) Quel en est le risque évolutif ? (8 points)

- L'évolution de l'érotomanie se fait en trois stades successifs : **espoir, dépit, rancune (1+1+1)**
- Au cours des deux derniers stades il y a un **risque d'actes auto/hétéroagressifs (5)**

7°) Une hospitalisation d'office étant requise contre Mlle C., rappelez-en les principes. (15 points)

- **Loi du 4 mars 2002 (2)**
- **Premier certificat médical circonstancié (2)**
- **Décision par le préfet (1) ou bien le maire (1)** en cas de danger imminent
- **Un médecin de l'établissement accueillant ne peut pas être certificateur (2)**
- **Un certificat immédiat doit être établi dans les 24 heures par un psychiatre de l'établissement (2)**
- **Un certificat de quinzaine (2) puis certificats mensuels (2)**
- **Sortie prononcée après arrêté préfectoral (1)** abrogeant l'HO après production d'un certificat de demande de levée d'HO rédigé par un psychiatre, soit par décision judiciaire ou bien après expertise de 2 psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le représentant de l'état.

COMMENTAIRES DU DOSSIER 37

1°) Le syndrome vestibulaire :

- **Périphérique** = homogène, pur, complet et harmonieux. Ses causes fréquentes sont le VPPB, la maladie de Ménière et la névrite vestibulaire. En cas d'atteinte cochléaire, il faut rechercher un neurinome de l'acoustique ou une atteinte aïguë de l'oreille au cours d'une otite.
- **Central** = dysharmonieux. L'étiologie la plus fréquente est l'AVC avec syndrome de Wallenberg, la SEP, les tumeurs de la fosse postérieure et les malformations de la charnière cervico-occipitale.

2°) La Sclérose en Plaques :

- Prévalence en France de l'ordre de 50/100. 000 habitants
- Maladie multifactorielle à composante immunitaire, génétique et environnementale : répartition géographique inégale, le sujet porte en lui le risque lié à la zone géographique où il résidait avant l'âge de 15 ans.
- Plus fréquente chez la femme que chez l'homme, autour de 20 et 40 ans
- Plus fréquente dans certains groupes tissulaires HLA DW2



(IRM en séquence T2)

7°) L'hospitalisation d'office :

- Elle concerne les malades mentaux compromettant l'ordre public et la sécurité des personnes, malades pour lesquels un traitement est nécessaire.
- Il s'agit d'une mesure administrative prise par le préfet du département (préfet de police à Paris).

DOSSIER 38

M. G., 57 ans, est amené aux urgences par son épouse car il vomit du sang depuis quelques heures ; un bref interrogatoire recueille les informations suivantes :

- **antécédents personnels : hypertension artérielle, accident de la voie publique il y a quelques années avec fractures multiples de la jambe droite.**
- **antécédents familiaux de diabète**
- **travaille dans un lycée, fume une quinzaine de cigarettes/jour et boit trop selon sa femme...**

1°) Quels sont les diagnostics différentiels d'une hématémèse ?

2°) Quelles sont les origines possibles d'un tel saignement ?

3°) Vous installez rapidement M. G. dans un box ; ses constantes sont correctes, il est angoissé, il s'agit du 1er épisode de ce type ; votre examen retrouve un patient sub-ictérique, en bon état général ; l'auscultation cardio-pulmonaire est sans particularité, l'abdomen est le siège d'une circulation veineuse épigastrique, il est souple mais vous palpez une hépatomégalie dure. Enfin vous remarquez des angiomes cutanés sur le thorax.

a) quel élément de l'examen manque ici ?
b) quel diagnostic évident portez-vous ?
c) quelles deviennent les causes probables du saignement actuel ?
d) quelle est la plus fréquente ?

4°) Quelles sont les premières mesures à mettre en œuvre aux urgences ?

5°) Quel est ensuite le traitement spécifique ?

6°) En cas d'échec du traitement de 1ère ligne, quelles sont les options possibles?

7°) Comment prévenir la récidive hémorragique ?

1°) Quels sont les diagnostics différentiels d'une hématémèse ? (10 points)

Saignement provenant de la sphère **ORL (3)** ou **stomato (2)**, dégluti puis vomi
Hémoptysie (3) (=rejet de sang par la bouche au cours d'un effort de toux et provenant des voies aériennes sous-glottiques)
Vomissements de **vin rouge (2)** éventuellement

2°) Quelles sont les origines possibles d'un tel saignement ? (15 points)

Œsophage (5)
Estomac (5)
Duodénum (5)

Petit rappel => une hémorragie digestive haute provient des segments sus-cités, elle se manifeste par une hématémèse et/ou un méléna (exceptionnellement des rectorragies)

3°) Vous installez rapidement M. G. dans un box ; ses constantes sont correctes, il est angoissé, il s'agit du 1er épisode de ce type ; votre examen retrouve un patient sub-ictérique, en bon état général ; l'auscultation cardio-pulmonaire est sans particularité, l'abdomen est le siège d'une circulation veineuse épigastrique, il est souple mais vous palpez une hépatomégalie dure. Enfin vous remarquez des angiomes cutanés sur le thorax.
a) quel élément de l'examen manque ici ?
b) quel diagnostic évident portez-vous ?
c) quelles deviennent les causes probables du saignement actuel ?
d) quelle est la plus fréquente ? (15 points)

a) le **toucher rectal (3)** : recherche un méléna ou plus rarement du sang rouge

b) **cirrhose éthylique probable (3)**

c) **rupture de varices œsophagiennes (2)**
rupture de varices gastriques (1)
syndrome de Mallory-Weiss (1)
ulcère gastro-duodénal (2)
gastropathie d'hypertension portale

d) **rupture de varices œsophagiennes (3)**

4°) Quelles sont les premières mesures à mettre en œuvre aux urgences ? (20 points)

Urgence ! (1)
Laisser à **jeûn (1)**, prévenir l'endoscopiste et l'anesthésiste
Monitorage (1) continu des constantes = pouls, TA, saturation (=scope)
Prélever un **bilan biologique (1)** : NFS-plaquettes, bilan pré-transfusionnel, hémostase, ionogramme sanguin, urée, créatinine, bilan hépatique complet

Pose de 2 **voies veineuses (2)** de bon calibre
Remplissage vasculaire (2) voire transfusion de concentrés érythrocytaires
Oxygénothérapie (1) nasale voire au masque à haute concentration
Drogues vaso-actives intra-veineuses (3) (en pratique=sandostatine IVSE)

Inhibiteurs de la pompe à protons en intra-veineux (2) également
Assurer la **vidange gastrique (2)** = macrolides (érythromycine) en intra-veineux
Antibiothérapie prophylactique (2) des surinfections = quinolones
Prévention de l'encéphalopathie hépatique par lactulose (intérêt non démontré)
Surveillance (2)

5°) Quel est ensuite le traitement spécifique ? (16 points)

En **urgence** ! (3)
Endoscopie œso-gastro-duodénale (5)
Chez un malade :

- stable sur le plan hémodynamique
- sédaté, intubé et ventilé en cas de troubles initiaux de la conscience ou de la vigilance.

A visée **diagnostique (2)** et **thérapeutique (2)** = geste d'**hémostase** (2) => **ligature (2)** généralement préférée à la sclérose (pas plus efficace et aux effets indésirables plus nombreux)
Surveillance des récidives hémorragiques précoces (fréquentes)

6°) En cas d'échec du traitement de 1[ère] ligne, quelles sont les options possibles ? (12 points)

Nouvelle endoscopie (3)
Sonde de tamponnement (3) (sonde de Blakemore pour les varices œsophagiennes, de Linton pour les varices gastriques)
TIPS (3)
A l'extrême **anastomose porto-cave chirurgicale (3)**

7°) Comment prévenir la récidive hémorragique ? (12 points)

2 mesures "spécifiques", souvent associées :

- béta-bloquants (4) non cardio-sélectifs type propanolol (diminuent la pression portale)
- programme de **ligatures itératives des varices (4)** œsophagiennes

Surveillance endoscopique dans tous les cas
Traitement non spécifique = prise en charge de la cirrhose => **arrêt de l'alcool** (4), éradication d'un éventuel virus associé...

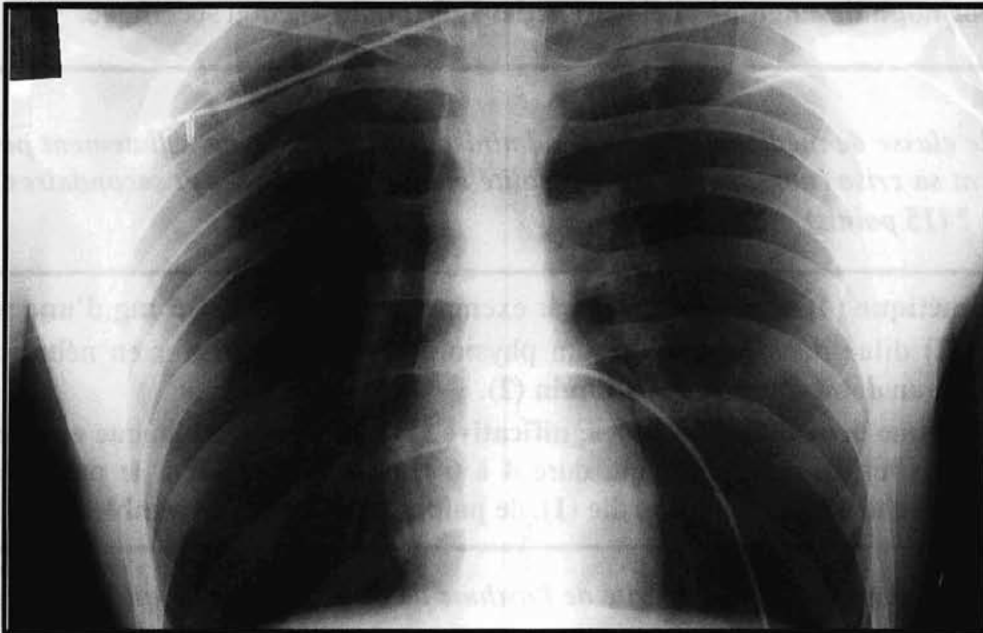
COMMENTAIRES DU DOSSIER 38

3°) L'élément clinique le plus important pour apprécier la tolérance de l'hémorragie est le POULS ! Une tachycardie > 100/min est inquiétante.

4°) L'emploi de la sonde naso-gastrique, très classique, est de moins en moins recommandé, et n'est donc pas côté ici ; son intérêt est de confirmer l'existence d'un saignement au cas où on ne l'aurait pas constaté aux urgences, de vider l'estomac avant la fibroscopie et d'assurer une hémostase (ce qui n'est valable que pour les lésions qui saignent peu).
Attention, pas de remplissage excessif dit la conférence de consensus, sous peine de pérenniser le saignement ou de favoriser les récidives précoces... un hématocrite entre 25 et 30 % est raisonnable.

DOSSIER 39

Un jeune homme de 18 ans est amené aux urgences à 2 heures du matin pour une dyspnée qui l'a réveillé il y a environ 30 minutes l'obligeant à ouvrir la fenêtre. L'interrogatoire apprend qu'il n'est pas fumeur et qu'il n'a aucun antécédent connu ; mais depuis son arrivée dans la région il y a 3 ans, il ressent une gêne respiratoire quotidienne et il a une rhinorrhée aqueuse saisonnière qui dure 3 mois par an et qui le fait tousser la nuit. Son histoire actuelle a débuté comme chaque année par une rhinorrhée aqueuse associée à une toux sèche qui évolue depuis 10 jours. Parallèlement il a constaté une dyspnée à l'effort allant crescendo ; cette nuit, ses parents ont constaté une respiration sifflante durant toute la nuit qui leur rappelait sa petite enfance quand il faisait aussi de l'eczéma. A l'examen, il ventile calmement avec une FR à 14/min, l'auscultation retrouve des râles sibilants bilatéraux, la pression artérielle est à 120/80 mmHg et la fréquence cardiaque à 92 ; il n'y a aucun signe hémodynamique ni neurologique. La radiographie pulmonaire est donnée et les gaz du sang à l'air ambiant montrent une PaO_2 à 88 mmHg et une $PaCO_2$ à 32 mmHg.



1°) Quel élément majeur manque dans l'examen clinique ? Pourquoi est-ce majeur ?

2°) Quel est le principal facteur étiologique de l'asthme chez ce patient ? Sur quels arguments ?

3°) Quelles anomalies biologiques conforteraient votre hypothèse étiologique ?

4°) Quelle classe de médicament faut-il administrer au patient immédiatement pour traiter rapidement sa crise ? (nom, posologie, modalité et effets bénéfiques et secondaires cliniques attendus).

5°) Comment classez-vous la sévérité de l'asthme de ce patient ? Manque-t-il des critères?

6°) Que doit comprendre le traitement médicamenteux de fond chez ce patient ?

7°) Quelles autres mesures seraient susceptibles de réduire l'exposition aux acariens ?

8°) Le patient vous demande de bien lui expliquer l'utilisation de son aérosol-doseur avec chambre d'inhalation. Que lui répondez-vous ?

1°) Quel élément majeur manque dans l'examen clinique ? Pourquoi est-ce majeur ? (14 points)

La mesure du débit expiratoire de pointe (4) (DEP ou Peak Flow) ; car le DEP permet **d'apprécier la gravité de la crise (6)** (crise grave si DEP < 150 L/min) et permet de **suivre l'évolution sous traitement. (4)**

2°) Quel est le principal facteur étiologique de l'asthme chez ce patient ? Sur quels arguments ? (18 points)

L'atopie. (6) Le terrain atopique personnel est manifeste : **antécédent d'eczéma** et vraisemblablement **d'asthme dans l'enfance (3)**, **rhinite chronique** saisonnière depuis 3 ans, **modification récente de l'environnement (3)**. Il manque le terrain familial.

3°) Quelles anomalies biologiques conforteraient votre hypothèse étiologique ? (8 points)

L'hyperéosinophiliesanguine , l'élévation des IgE totale (4) et/ou spécifique.

4°) Quelle classe de médicament faut-il administrer au patient immédiatement pour traiter rapidement sa crise (nom, posologie, modalité et effets bénéfiques et secondaires cliniques attendus) ? (15 points)

Un ß2 mimétique (4) d'action rapide, par exemple **salbutamol (2), 5 mg d'une solution à nébuliser (2)** dilué dans 5 ml de sérum physiologique à administrer en nébulisation (ou aérosol) avec un **débit d'air de 6 à 8 L/min (2).**

On s'attend à une **bronchodilatation significative (2)** (amélioration clinique et augmentation du DEP) dans les 10 minutes et qui dure 4 à 6 heures ; on prévient le patient du risque négligeable à cette dose de **tachycardie (1)**, de **palpitations (1)** et de **tremblements (1)**.

5°) Comment classez-vous la sévérité de l'asthme de ce patient ? Manque-t-il des critères ? (12 points)

Asthme persistant modéré (8) car il a des symptômes quotidiens, des gênes nocturnes fréquentes, il manque bien sûr la **variabilité du DEP (2)** et les **EFR de base (2).**

6°) Que doit comprendre le traitement médicamenteux de fond chez ce patient ? (6 points)

- **Un corticoïde inhalé (3)**, 1000 à 1500 μg en deux prises par jour ; se rincer la bouche après les prises afin d'éviter les mycoses induites par de fortes concentrations locales de corticoïdes
- **Un ß2 mimétique de longue durée d'action (3)** par voie inhalée ou orale ;

La cohérence dans le mode d'administration de ces 2 types de médicaments (corticoïde et ß2 mimétique) est un élément majeur de la compréhension, de l'acceptation et de l'observance du traitement. La durée du traitement est de trois mois au terme desquels le patient doit être réévalué. L'asthme est une maladie chronique ; le traitement de fond est donc prolongé.

7°) Quelles autres mesures seraient susceptibles de réduire l'exposition aux acariens ? (14 points)

Réduire l'hygrométrie à 50 % (2)
Envelopper les matelas, les oreillers et les couettes de **housses imperméables (2)**
Laver les draps une fois par semaine à plus de 55°C (2)
Remplacer la moquette par du linoléum ou du plancher
Remplacer les meubles recouverts par du tissu par du cuir (2)
Enfermer les objets qui s'empoussièrent facilement (2)
Utiliser un aspirateur à haute efficacité (2)
Laver les peluches à l'eau chaude ou glacée
Utiliser éventuellement des antiacariens (2)

8°) Le patient vous demande de bien lui expliquer l'utilisation de son aérosol-doseur avec chambre d'inhalation. Que lui répondez-vous ? (13 points)

Retirer le capuchon
Agiter l'aérosol (2)
Ajuster l'aérosol sur la chambre d'inhalation et **le maintenir en position verticale, flacon vers le haut (1)**
Expirer normalement (2)
Déclencher l'aérosol une fois puis dans les 5 secondes qui suivent, inspirer dans la chambre lentement et profondément (4)
Maintenir une apnée en fin d'inspiration de 10 secondes (4)
Ne pas réutiliser l'aérosol avant une minute.

COMMENTAIRES DU DOSSIER 39

Critères	Intermittent	Persistant		
		Léger	Modéré	Sévère
Crises/semaine	< 1 / semaine	> 1 / semaine	quotidiennes	continues
Crises nocturnes	≤ 2 / mois	> 2 / mois	> 1 / semaine	fréquentes
Gêne quotidienne	0	Peu géné	affecte activité	limite activité physique
SF intercritiques	0	0	0	++
Variabilité DEP	< 20 %	20 – 30 %	> 30 %	> 30 %
VEMS/DEP (état stable)	> 80 %	> 80 %	60 – 80 %	< 60 %
		Traitements		
ß2+ à la demande	++	+	+	+
Corticoïdes inhalés	0	< 1000 μg	1000 - 1500 μg	2000 μg
ß2+LA inhal/oral	0	0	+	+
Atropiniques	0	0	±	+
Cromones	av. effort/allerg	0	0	+
Théophylline R	0	0	±	+
Corticoïdes oraux	0	0	0	+

DOSSIER 40

Mlle D, 17 ans, se présente aux urgences à 17h en raison d'une épistaxis droite modérée évoluant depuis près d'une heure. Il s'agit du 5ème épisode ce mois-ci et du 2ème dans la semaine. L'épistaxis ne cédant pas malgré une compression bi-digitale, vous êtes amené à effectuer un méchage antérieur qui arrête le saignement.

1°) Que faut-il associer au méchage ?

2°) Que faut-il rechercher à l'interrogatoire de la patiente ?

3°) Quels sont les principaux éléments de l'examen clinique ?

Votre examen retrouve une masse polylobée semblant provenir du cavum, située à la partie supérieure des choanes, d'aspect fragile et saignant facilement au contact.

4°) A quoi pensez-vous et pourquoi ?

5°) En quoi consiste votre examen para-clinique ?

Le bilan de coagulation met en évidence un TS augmenté alors que le TP, TCA, TT et fibrinogène sont normaux. La jeune femme se plaint par ailleurs de règles régulièrement trop abondantes.

6°) A quel diagnostic associé pensez-vous ?

7°) Comment faire le diagnostic ?

8°) Quel sera votre traitement étiologique de l'épistaxis ?

1°) Que faut-il associer au méchage ? (5 points)

- **Repos (1)**
- **Antalgiques (2)**
- **Antibiothérapie préventive (2)**

2°) Que faut-il rechercher à l'interrogatoire de la patiente ? (15 points)

- **ATCD personnels et familiaux : HTA, hémopathies connues, maladies hémorragiques héréditaires... (4)**
- **Médicaments déprimant l'hémostase (4)**
- Notion **de traumatisme récent (3)**
- **Caractéristiques de l'épisode actuel : durée, abondance, mode évolutif** (1 x 3)
- Notion d'**autres hémorragies cutanéo-muqueuses (1)**

3°) Quels sont les principaux éléments de l'examen clinique ? (15 points)

- Recherche des signes de choc : **tachycardie, hypoTA, pâleur, sueurs, agitation, soif, oligurie (7 x 1 et ZERO SI OUBLI)**
- **Examen ORL** au miroir de Clar **: rhinoscopie antérieure et postérieure, examen pharyngé recherchant un saignement postérieur, fibroscopie des fosses nasales à distance (5)**
- Reste de **l'examen général (3)**

4°) A quoi pensez-vous et pourquoi ? (10 points)

Fibrome naso-pharyngien (5) car
- **Adolescente (2)**
- **Aspect macroscopique évocateur (2)**
- **Origine cavum (1)**

5°) En quoi consiste votre examen para-clinique ? (15 points)

- Bilan coagulation et pré-transfusionnel : **NFS, plaquettes, TS, TP, TCA, groupe, Rhésus, RAI (8 x 1 et ZERO SI OUBLI)**
- **TDM du massif facial (5)**
- **Artériographie (2)**
- **SI BIOPSIE CITEE ALORS ZERO**

6°) A quel diagnostic associé pensez-vous ? (10 points)

- **Maladie de Von Willebrand (5)** car
- **TS augmenté isolé (2)**
- **Règles trop abondantes (2)**
- **Femme atteinte (1), argument fréquence (1) et maladie souvent passée inaperçue (1)**

7°) Comment faire le diagnostic ? (15 points)

- **Dosage de facteur VIII (5)**
- **Dosage d'activité du facteur Willebrand (5)**
- **Dosage antigénique du facteur Willebrand (5)**

8°) Quel sera votre traitement étiologique de l'épistaxis ? (15 points)

- **Exérèse chirurgicale (4)** avec **examen histologique** de la pièce **(1)**
- **Après embolisation** lors de l'artériographie **(5** ***et ZERO SI OUBLI*****)**
- **Associer un traitement préventif par Desmopressine ± facteur Willebrand** compte tenu de la coagulopathie associée **(5)**

COMMENTAIRES DU DOSSIER 40

2°) Il est nécessaire de distinguer :

- **Epistaxis légère :** 10-100 cc de sang, durée < 10 minutes
- **Epistaxis abondante :** 250-400 cc de sang, durée < 30 minutes
- **Epistaxis grave :** 500-1000 cc de sang

5°) **TS parfois normal chez certains malades, TCA allongé s'il existe un déficit en facteur VIII associé.**

Pas de biopsie en raison du caractère très hémorragique de cette lésion.

7°) La diminution du facteur VIII est variable, le facteur Willebrand est diminué dans tous les types de maladie de Willebrand.

DOSSIER 41

Mme F, patiente de 36 ans, vient consulter aux urgences en raison de la survenue brutale d'une douleur latéro-thoracique basale droite, accompagnée d'une dyspnée modérée lors des efforts. Elle est apyrétique et en bon état général.
A l'interrogatoire, la patiente vous parle de deux épisodes identiques survenus du même côté il y a 4 et 6 mois. Elle se le rappelle facilement puisque les troubles sont apparus à chaque fois peu après la survenue de ses règles. Par ailleurs, elle ne présente pas d'antécédents particuliers hormis un tabagisme à 10 PA et des douleurs abdomino-pelviennes épisodiques pour lesquelles elle n'a jamais consulté. Son seul traitement est une pilule contraceptive.
L'examen physique retrouve une diminution du murmure vésiculaire et un tympanisme en base droite. Il existe une petite toux lors des changements de position. Le reste de son examen est sans particularités.

1°) Quel est votre diagnostic actuel ?

2°) Quel est le facteur favorisant de cette pathologie dans le cas de Mme F ?

3°) Quels examens complémentaires peuvent vous être utiles ?

4°) Quels sont les signes cliniques et para-cliniques de gravité de cette pathologie ?

5°) Quels sont les risques évolutifs chez cette patiente ?

6°) Quelles thérapeutiques pouvez-vous proposer ?

7°) Quelles mesures associées sont nécessaires ?

1°) Quel est votre diagnostic actuel ? (20 points)

- **Pneumothorax (4)**
- **Cataménial (4)**
- **Basal (4)**
- **Droit (4)**
- **Récidivant (4)**

2°) Quel est le facteur favorisant de cette pathologie dans le cas de Mme F ? (10 points)

- **Endométriose pleuro-diaphragmatique (10)**

3°) Quels examens complémentaires peuvent vous être utiles ? (15 points)

- **NFS (3)**
- **GDS (3)**
- **Radiographie pulmonaire (3) d'abord en inspiration seule (3 et si cliché en expiration forcée d'emblée alors ZERO)**
- **TDM thoracique (3)**

4°) Quels sont les signes cliniques et para-cliniques de gravité de cette pathologie ? (20 points)

Clinique :

- **Signes de choc (2) :** FC > 120/min, hypo-TA, marbrures, oligurie
- **Signes d'insuffisance ventriculaire droite (2) :** dyspnée, cyanose, pouls paradoxal, turgescence jugulaires, reflux hépato-jugulaire
- **Signes d'insuffisance respiratoire aiguë (2) :** polypnée, dyspnée, acidose, baisse SaO_2
- **Agitation (2)**
- **Troubles conscience (2)**

Radiologique :

- **Pneumothorax compressif (2)**
- **Présence de brides pleurales (2)**
- **Niveaux hydro-aériques (2) en faveur d'un hémopneumothorax**
- **Pneumothorax bilatéral (2)**
- **Anomalies du parenchyme sous-jacent (2)**

5°) Quels sont les risques évolutifs chez cette patiente ? (15 points)

La récidive (10)

6°) Quelles thérapeutiques pouvez-vous proposer ? (10 points)

- **En association (2)**
- **Traitement hormonal (4)**
- **Traitement chirurgical (4 et si non cité ZERO) :**
  - Thoracotomie/thoracoscopie pour symphyse pleurale
  - Résection-suture des lésions d'endométriose
  - Laparotomie/cœlioscopie pour une éventuelle endométriose

7°) Quelles mesures associées sont nécessaires ? (10 points)

- **Education de la patiente (2)**
- **Arrêt du tabac (2 et si oubli ZERO)**
- **Eviter les activités nécessitant des efforts à glotte fermée (2)**
- **Contre-indication définitive de la plongée sous marine avec bouteilles (2)**
- A distance : **Explorations fonctionnelles respiratoires (2)**

COMMENTAIRES DU DOSSIER 41

1°) Les pneumothorax cataméniaux :
Ils représentent 2. 8 à 5. 6 % des pneumothorax spontanés chez la femme. Récidivants, ils survient typiquement chez les femmes de 30–40 ans avec des antécédents d'endométriose durant les 3 premiers jours des menstruations et concernent surtout le poumon droit. Ils se produisent 25 à 72 heures après le début des règles. Leur traitement vise à éviter les récidives.

2°) L'endométriose :
Il s'agit d'une affection non néoplasique, caractérisée par la présence en situation ectopique de glandes endométriales associées à leur stroma. Parmi ces localisations, on peut noter celle pleurale.

6°) Indications de la chirurgie :
- Echec du drainage aspiratif après 8 à 10 jours.
- En cas de PNO récidivant controlatéral.
- Après la première ou la seconde récidive homolatérale.

DOSSIER 42

Mme D., 47 ans, consulte au SAU de votre hôpital pour des douleurs abdominales survenues quelques heures plus tôt ; ses antécédents : stripping de varices, syndrome dépressif.
L'histoire récente rapporte des douleurs épigastriques violentes débordant sur l'hypochondre droit, associées à 2 épisodes de vomissements alimentaires ; pas de trouble du transit.
A l'examen : patiente en bon état général, température = 38,7°C, défense de l'hypochondre droit et épigastrique, reste de l'abdomen souple, auscultation cardio-pulmonaire normale...

1°) Quels sont les diagnostics à évoquer à titre systématique devant des douleurs épigastriques ?

2°)
a) Quel est le 1er diagnostic que vous retenez ici ?
b) Quel est donc le 1er examen à réaliser ; qu'en attendez-vous ?
c) Quels sont les autres examens que vous allez demander ?

3°) Votre diagnostic est rapidement confirmé, quelle attitude préconisez-vous ?

4°) Quel est l'intérêt de l'exploration radiologique des voies biliaires au cours du traitement ?

5°) Le traitement se déroule bien ; la patiente reprend une vie normale...
Elle revient vous voir en urgence un an plus tard pour une récidive douloureuse similaire ; votre examen ne retrouve qu'une douleur à la palpation abdominale. Une biologie réalisée objective une cytolyse > 10 N prédominant sur les ALAT, ainsi qu'une cholestase ...
a) quel est le 1er diagnostic à évoquer ?
b) quel examen demandez-vous ?

6°) Cet examen est normal, mais la patiente frissonne entre-temps ; quel examen diagnostique et thérapeutique demandez-vous sans hésiter ?

7°) Cet examen est réalisé et confirme le diagnostic suspecté ; quelles possibilités évoquez-vous pour expliquer l'épisode actuel ?

8°) Quelles sont les complications de l'examen ?

1°) Quels sont les diagnostics à évoquer à titre systématique devant des douleurs épigastriques ? (12 points)

- douleur **biliaire (3)** : colique hépatique, cholécystite, angiocholite
- douleur **pancréatique (3)** : pancréatite aiguë, poussée aiguë de pancréatite chronique..
- douleur **gastro-duodénale (3)** : ulcère ou ulcération aiguë, gastrite..
- douleur **cardio-vasculaire** (3) : IDM inférieur, anévrysme de l'aorte abdominale fissuraire...

2°) a) Quel est le 1er diagnostic que vous retenez ici ?
b) Quel est donc le 1er examen à réaliser ; qu'en attendez-vous ?
c) Quels sont les autres examens que vous allez demander ? (18 points)

a) **cholécystite (1) aiguë (1) lithiasique (1)**

b) **échographie abdominale (2)** :
- **Vésicule (1) :**
  - **contenu (1)** : lithiase, micro-lithiase...
  - **taille (1) :** > 10 cm = distendu mais attention le jeûn peut être responsable de distension vésiculaire
  - **parois (1) : épaissies (1)** si > 3 ou 4 mm, à l'extrême =aspect dédoublé ou feuilleté
- **Voies biliaires (1) :**
  - contenu : slug (ou bile épaisse=état pré-lithiasique probable), lithiase..
  - calibre : dilatées si > 6 mm chez le sujet jeune, 7-8 mm chez le sujet âgé ou déjà opéré...
- **Pancréas (1)** : taille, canal de Wirsung...
- **Foie (1)** : taille, aspect...

La distension n'est pas un signe de cholécystite (c'est un signe précurseur en quelque sorte); le signe-clé de la cholécystite est l'épaississement de la paroi vésiculaire... dont les faux-positifs à connaître sont les hépatites virales, l'ascite et l'hypo-albuminémie..

c) **NFS-plaquettes, groupe, rhésus, RAI, hémostase (1)**
H émocultures x 3 (1)
VS et /ou CRP (1)
Bilan hépatique complet (1), lipase (1), ionogramme sanguin

3°) Votre diagnostic est rapidement confirmé, quelle attitude préconisez-vous ? (15 points)

Urgence (1), hospitalisation
Laisser à **jeûn (2)**, perfuser, **antalgiques (2)**, ré-équilibration hydro-électrolytique
Traitement chirurgical (3) sans délai (< 24 heures idéalement) :
- cœlioscopie 1ère en général, laparotomie au moindre souci (=patiente prévenue du risque de conversion)
- exploration, bilan lésionnel
- **cholécystectomie (3)**
- **cholangiographie per-opératoire (1)**
- pas de drainage systématique
- **Antibiothérapie (3)** intra-veineuse péri-opératoire à poursuivre 48 heures en général

Surveillance

4°) Intérêt(s) de l'exploration radiologique des voies biliaires au cours du traitement ? (10 points)

2 principaux :
- éliminer une **lithiase de la voie biliaire principale (5)**
- rechercher une **plaie biliaire (5)**

5°) Le traitement se déroule bien ; la patiente reprend une vie normale...
Elle revient vous voir en urgence un an plus tard pour une récidive douloureuse similaire ; votre examen ne retrouve qu'une douleur à la palpation abdominale. Une biologie réalisée objective une cytolyse > 10 N prédominant sur les ALAT, ainsi qu'une cholestase ...
a) quel est le 1er diagnostic à évoquer ?
b) quel examen demandez-vous ? (10 points)

a) **lithiase résiduelle (3) de la voie biliaire principale (2)**

Attention, il ne faut pas évoquer une angiocholite = il n'y a pas de signe infectieux !

b) **échographie abdominale (5)**

6°) Cet examen est normal, mais la patiente frissonne entre-temps ; quel examen diagnostique et thérapeutique demandez-vous sans hésiter ? (15 points)

En **urgence (3)**
Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (3)
Avec **sphinctérotomie (3)** endoscopique
Extraction des calculs (3) biliaires si besoin
Couverture **antibiotique (3)** du geste

7°) Cet examen est réalisé et confirme le diagnostic suspecté ; quelles possibilités évoquez-vous pour expliquer l'épisode actuel ? (8 points)

2 possibilités schématiquement :
- **lithiase résiduelle (4)** parfois développée à partir d'un canal cystique laissé trop long par le chirurgien (ce qui explique la possibilité de cholangiographies per-opératoires normales dans ces cas)
- **néo-formation (4)** de lithiase, souvent d'origine intra-hépatique

8°) Quelles sont les complications de l'examen ? (12 points)

Pancréatite aiguë (3)
Hémorragie (3)
Angiocholite (3)
Perforation duodénale (3)

DOSSIER 43

M. E., 59 ans, est adressé aux urgences par son médecin traitant. Dans ses antécédents :
-fracture de la palette humérale dans l'enfance
-hypercholestérolémie
-maladie hémorroïdaire connue, responsable d'hémorragies intermittentes
-hypertension artérielle
-coronaropathie

<u>Traitement habituel</u> : Ténormine®, Kardégic®, Amlor®, Cardipatch®, Fumafer®, Tahor®

<u>Histoire de la maladie</u> : depuis quelques semaines, le patient décrit du sang rouge accompagnant chaque selle ; celles-ci sont d'ailleurs régulièrement noires... et pour couronner le tout, il existe une sensation douloureuse et désagréable de corps étranger dans le rectum, avec parfois des faux-besoins. M. E. est très fatigué, il a consulté son médecin ce jour qui l'envoie sans délai aux urgences pour suspicion de déglobulisation aiguë sur rectorragies et méléna.

1°)
a) quelles sont les hémorroïdes à l'origine de saignements ?
b) quelles en sont les autres complications ?

2°) Que pensez-vous du méléna dans ce contexte ?

3°) Votre examen retrouve un patient pâle, asthénique ;
pouls = 68/min, TA=140/85 mmHg, T = 37,2°C, saturation = 97%
auscultation cardio-pulmonaire sans particularité
abdomen souple et non douloureux
l'examen de l'anus retrouve des traces de sang, vous ne faites pas de toucher rectal.
Numération et plaquettes : Hb = 7,8 g/dL, plaquettes = 271 000, leucocytes = 5900/mm³
Votre externe estime qu'il n'existe pas de raisons de s'inquiéter, tant cliniquement que biologiquement... qu'en pensez-vous ?

4°) Quelle est votre prise en charge aux urgences ?

5°) Quelle est la démarche diagnostique une fois ce traitement d'urgence effectué ?

6°) Une endoscopie rectale est réalisée, et retrouve une lésion située à 9 cm de la marge anale ; les biopsies multiples révèlent un adénocarcinome bien différencié...
Quel est le bilan de la maladie ?

7°) Une nouvelle endoscopie basse est réalisée, mais celle-ci se passe mal... l'opérateur perfore le colon ; quel est alors le traitement d'urgence ?

8°) Le traitement se passe bien, mais le malade décède brusquement d'un arrêt cardio-circulatoire réfractaire au décours de l'anesthésie générale ; quelle est la cause la plus probable du décès et comment l'expliquez-vous ?

1°)
a) quelles sont les hémorroïdes à l'origine de saignements ?
b) quelles en sont les autres complications ? (10 points)

a)il s'agit des hémorroïdes **internes (5)**

b) principalement le **prolapsus (5)**, la douleur et rarement la thrombose

La thrombose est typiquement le fait des hémorroïdes externes

2°) Que pensez-vous du méléna dans ce contexte ? (5 points)

Il ne s'agit probablement pas d'un méléna
Il s'agit probablement de la **coloration des selles en noir par le traitement martial (5)**
Par ailleurs les hémorragies d'origine hémorroïdaire sont faites de sang rouge !

3°) Votre examen retrouve un patient pâle, asthénique ;
pouls = 68/min, TA=140/85 mmHg, T=37,2°C, saturation = 97 %
auscultation cardio-pulmonaire sans particularité
abdomen souple et non douloureux
l'examen de l'anus retrouve des traces de sang, vous ne faites pas de toucher rectal.
Numération et plaquettes : Hb=7,8 g/dL, plaquettes=271 000, leucocytes=5900/mm³
Votre externe estime qu'il n'existe pas de raisons de s'inquiéter, tant cliniquement que biologiquement…qu'en pensez-vous ? (10 points)

L'externe a tort ! (3)
Une **hémoglobine < 10 g/dL est un facteur de gravité chez un sujet coronarien (3)**
L'apparente bonne tolérance clinique est un leurre : les **béta-bloquants (2)** prescrits à visée anti-ischémique masquent une tachycardie réactionnelle => le **pouls est donc faussement rassurant (2)**

4°) Quelle est votre prise en charge aux urgences ? (20 points)

Urgence (1)
Compléter le bilan :
-biologique : **hémostase (1), bilan pré-transfusionnel (1)** , ionogramme, urée, créatinine, **enzymes myocardiques (1)** (CPK, myoglobine et troponine Ic)
-**ECG (2)**
Monitorage continu des constantes = scope cardio-tensionnel
Arrêt du Kardégic® (2)
Maintenir les béta-bloquants (2) (= protecteurs myocardiques)
Oxygénothérapie (2) nasale
Voie veineuse (2) de bon calibre, soluté quelconque en garde-veine (G5%, sérum physiologique..)
Transfusion (2) de concentrés érythrocytaires pour ramener une Hb aux alentours de 10 g/dL (2 culots devraient suffire)
Prévenir le chirurgien et l'anesthésiste (2)
Surveillance (2)

5°) Quelle est la démarche diagnostique une fois ce traitement d'urgence effectué ? (10 points)

2 éléments essentiels :
- **examen proctologique (5)** complet => examen soigneux de la marge, toucher rectal, anuscopie..
- exploration du syndrome rectal, pas du tout classique dans une maladie hémorroïdaire

=> **rectoscopie (5)**

6°) Une endoscopie rectale est réalisée, et retrouve une lésion située à 9 cm de la marge anale ; les biopsies multiples révèlent un adénocarcinome bien différencié…
Quel est le bilan de la maladie ? (20 points)

Bilan d'extension (2) :
-loco-régional (2) :
- **coloscopie totale (2)**
- **écho-endoscopie rectale (2)** (IRM si lésion infranchissable)

-**à distance (2)** :
- **échographie abdominale (2)**
- **RXT et TDM thoracique (2)**
- biologie=ACE, BHC, BPC

Bilan pré-thérapeutique (2) :
-**bilan pré-opératoire (2)** classique+consultation d'anesthésie
-**échographie-doppler cardiaque (1) voire coronarographie (1)**

7°) Une nouvelle endoscopie basse est réalisée, mais celle-ci se passe mal… l'opérateur perfore le colon ; quel est alors le traitement d'urgence ? (15 points)

Urgence (3)
Laisser le patient à jeûn et, si possible, endormi
Prévenir le chirurgien (3)
Transfert au bloc opératoire (3)
Cœlioscopie 1ère pour **suture directe du colon (3)** (il s'agit d'un colon préparé, donc sans matières fécales et la suture simple est autorisée)
Laparotomie si échec
Surveillance post-opératoire (3)

8°) Le traitement se passe bien, mais le malade décède brusquement d'un arrêt cardio-circulatoire réfractaire au décours de l'anesthésie générale ; quelle est la cause la plus probable du décès et comment l'expliquez-vous ? (10 points)

Infarctus du myocarde (5) chez ce patient coronarien connu
Grande cause de mort subite au cours des anesthésies générales
Ischémie **secondaire à une hypotension (5)**, fréquente chez les patients endormis

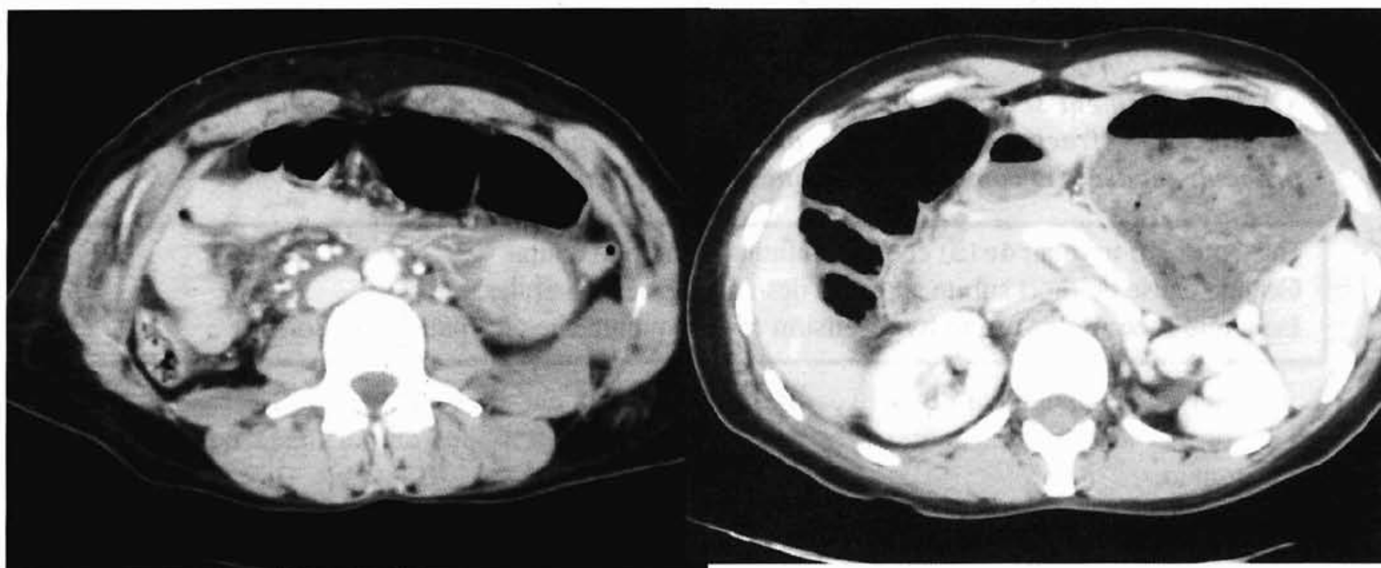
Il peut s'agir également de tachycardies, mal tolérées car elles augmentent les besoins en O_2 du myocarde et raccourcissent la diastole, qui est le temps de perfusion des artères coronaires…

COMMENTAIRES DU DOSSIER 43

5°) On rappelle la triade du syndrome rectal = épreintes, ténesme, faux-besoins.
Les principales causes à évoquer devant un syndrome rectal sont :
-les tumeurs : cancers, polypes…
-les infections :
*bactériennes = germes digestifs pathogènes responsables des syndromes dysentériques (dont le *Clostridium difficile*)
*virales = colite à CMV, lésions herpétiques
*parasitaires = amibiase, bilharziose
-les maladies inflammatoires : RCH et maladie de Crohn
-les fécalomes ou les corps étrangers intra-rectaux

ICONOGRAPHIES DU DOSSIER N°44





DOSSIER 44

Mme X., 50 ans, est adressée aux urgences dans les suites d'un accident de la voie publique.

Elle n'a pas perdu connaissance, elle est consciente et orientée. Elle a mangé 2 heures auparavant.

Elle présente des douleurs de la ceinture pelvienne, en regard des deux ailes iliaques et des articulations sacro-iliaques. Il n'existe pas de déficit sensitivo-moteurs des deux membres inférieurs ni de signes génito-sphinctériens.

A l'examen abdominal, vous retrouvez une dermabrasion, une douleur vive avec une défense de la région para ombilicale gauche à la palpation.

L'examen thoracique retrouve une diminution du murmure vésiculaire à droite, une douleur à la palpation du grill costal.

Mme X. est apyrétique, son hémodynamique est stable à 110/50 mmHg, la fréquence cardiaque est mesurée à 100/min. La saturation prise est mesurée à 89%. Mme X est correctement perfusée. Elle est nauséeuse, une sonde nasogastrique lui a été posée.

La numération formule sanguine retrouve une hyperleucytose à 39 Giga/L, une hémoglobine à 12 g/dL, des plaquettes à 250 giga/L.
Le bilan hépatique et pancréatique, la fonction rénale et l'ionogramme sont normaux.

1°) Quel diagnostic imposant un geste urgent suspectez-vous et comment le confirmer ?

2°) Le diagnostic est confirmé, quelle est votre attitude thérapeutique ?

3°) Quelle est votre attitude vis-à-vis de l'examen abdominal ?

4°) Interprétez les clichés.

5°) Mme X. est stable sur le plan hémodynamique et sur le plan ventilatoire. Quelle est votre attitude thérapeutique ?

1°) Quel diagnostic imposant un geste urgent suspectez-vous et comment le confirmer ? (23 points)

Pneumothorax (6) droit (3) : contexte de polytraumatisme, traumatisme costal avec fractures de côtes probables, diminution du murmure vésiculaire traduisant une hypoventilation droite avec un décollement du poumon droit
Confirmation par une **radiographie pulmonaire de face et de profil (6)**, en **urgence (2)**, recherchant une **hyperclarté du champ pulmonaire droit** (2) avec un décollement pleural, une **rétraction pulmonaire (2)**, une déviation médiastinal vers la gauche, un hémothorax associé, **recherche d'un pneumomédiastin associé ou d'un élargissement médiastinal (2)** (rupture d'isthme aortique)

2°) Le diagnostic est confirmé, quelle est votre attitude thérapeutique ? (15 points)

Urgence
Exsufflation/drainage immédiat (3) du pneumothorax, avec des mesures d'asepsie appropriées, après **anesthésie locale (2)**, dans le **quatrième espace intercostal sur la ligne axillaire moyenne (2)**, mise en aspiration à –30 cm H_2O
Oxygénothérapie par voie nasale au masque adaptée à la saturation en oxygène (3)
Radiographie pulmonaire de contrôle vérifiant la position du drain et le recollement du poumon à la paroi (3)
Monitorage cardio-tensionnelle et surveillance de la saturation en oxygène (2)
Surveillance

3°) Quelle est votre attitude vis-à-vis de l'examen abdominal ? (16 points)

La défense abdominale doit faire suspecter la lésion d'un viscère intra-abdominal (8) (tube digestif, rate, foie, pancréas, rein)

La patiente étant stable, il est nécessaire de réaliser une tomodensitométrie abdominale avec injection de produit de contraste afin de dépister les lésions existantes ou non (8)

4°) Interprétez les clichés. (22 points)

Tomodensitométrie sans et avec injection de produit de contraste, (3)
montrant une discrète **bulle de pneumopéritoine (3)** dans la région préhépatique, un **épanchement intra-abdominal (3)** modéré,
épanchement en regard de la première anse jéjunale (3) avec des pédicules jéjunaux trop visibles,
perméabilité des vaisseaux mésentériques
évoquant une **perforation de la première anse jéjunale avec désinsertion du mésentère. (4)**
Intégrité du foie, de la rate et des reins

Fracture peu déplacée avec un troisième fragment de l'aile iliaque gauche avec disjonction sacro-iliaque (6)

5°) Mme X. est stable sur le plan hémodynamique et sur le plan ventilatoire. Quelle est votre attitude thérapeutique ? (24 points)

Puisque l'état général de Mme X. est stable
En **urgence (2)** :

Maintien d'une bonne hémodynamique, correction des désordres hydro-électrolytiques

Sous anesthésie générale
Laparotomie exploratrice,
Prélèvements d'un épanchement intra-abdominal adressé en bactériologie,
Exploration et palpation (3) du foie, de la rate et du rétropéritoine, l'ensemble de l'intestin grêle est déroulé et examiné, de même pour le colon, l'estomac et le duodénum.
Palpation des pouls mésentériques supérieurs et inférieurs et du pédicule hépatique. (3)
En fonction de l'importance de la lésion intéressant le jéjunum et de la vitalité de l'anse on peut effectuer une suture simple, soit une résection anastomose immédiate de l'anse. (3)
Toilette péritonéale. (3)

Antibiothérapie prophylactique (3) dirigée contre les bacilles gram- et les germes anaérobies double, par voie intraveineuse, secondairement adaptée aux prélèvements abdominaux : amoxicilline + acide clavulanique 1g3/24h + gentamycine 3mg/kg /24h

Traitement antalgique (3) par voie intraveineuse

Prévention des ulcères de stress (2) : IPP : oméprazole 40 mg/24h par voie intraveineuse

Prévention des complications de décubitus et de la maladie thromboembolique (2) : enoxaparine 4000 UI antiXa/ 24h, surveillance hebdomadaire des plaquettes

Surveillance clinique et paraclinique



Pneumopéritoine

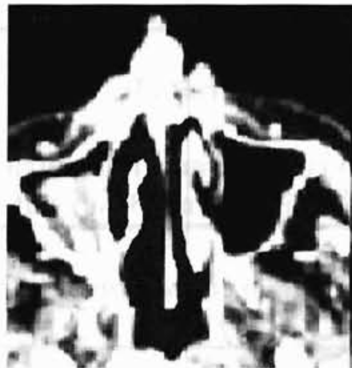
DOSSIER 45

M. J, 37 ans, vient vous voir en consultation pour une douleur discrète de son hémiface droite évoluant depuis plusieurs mois. Cette douleur prédomine dans la région sous-orbitaire et s'accompagne depuis le début d'une rhinorrhée purulente fétide. A l'interrogatoire, le patient déclare avoir une allergie aux acariens et souffrir de caries qui sont régulièrement suivies par son dentiste.

1°) Quel diagnostic évoquez-vous ?

2°) Comment allez vous le confirmer ?

Les examens demandés sont réalisés. Un cliché retient votre attention.



3°) Décrivez l'image ci-dessous. A quoi vous fait-elle penser ?

4°) Quel germe est le plus souvent mis en cause dans cette pathologie ?

5°) Quels sont les deux éléments essentiels du traitement ?

Le patient est perdu de vue avant d'avoir pu entreprendre son traitement. Vous le revoyez 2 ans après. Les symptômes ont changé avec une douleur qui s'est accentuée et qui s'accompagne à présent d'une anesthésie sous orbitaire. Par ailleurs, le patient dit avoir remarqué l'apparition de stries sanglantes dans ses sécrétions nasales droites. A l'examen endonasal, vous apercevez un polype semblant provenir du méat du sinus maxillaire droit.

6°) Quel diagnostic évoquez-vous ?

7°) Deux gestes sont alors indispensables. Lesquels ?

1°) Quel diagnostic évoquez-vous ? (15 points)

- **Sinusite chronique (5)**
- **Maxillaire (5)**
- **Droite (2)**
- Probablement **d'origine dentaire (3)**

2°) Comment allez vous le confirmer ? (10 points)

- **Rhinoscopie (2)** : présence de pus au méat moyen
- **Blondeau (2)**
- **TDM massif facial en coupes coronales (2)**
- **Ponction sinus (2)**
- **Examen odontologique complet (2 et si oubli ZERO)**

3°) Décrivez l'image ci-dessous. A quoi vous fait-elle penser ? (15 points)

Scanner du massif facial montrant :

- **Comblement du sinus maxillaire droit (3)**
- **Hypertrophie muqueuse (3)**
- **Organisation autour d'un corps étranger (3) intra sinusien hyperdense**

Evocateur de sinusite chronique (3) iatrogène (3) sur pâte dentaire.

4°) Quel germe est le plus souvent mis en cause dans cette pathologie ? (10 points)

- **Aspergillus (10)**

5°) Quel sont les deux éléments essentiels du traitement ? (15 points)

- **Intervention chirurgicale (5) pour méatotomie droite avec ablation du corps étranger (5)** et nettoyage sinusien
- **Soins dentaires (5)** avec traitements canalaire conservateur ou bien avulsion dentaire.

NB : Si oubli de l'un de ces éléments, ZERO.

6°) Quel diagnostic évoquez-vous ? (20 points)

- **Tumeur maligne des sinus (15)**
- **Type épithélioma épidermoïde (5)**

7°) Deux gestes sont alors indispensables. Lesquels ? (15 points)

- **Palpation cervicale (3) à la recherche d'adénopathies (3)**
- **Biopsies du bourgeon (6) avec examen histologique (3)**

NB. si oubli alors ZERO, si plus de 2 gestes cités alors (-4)

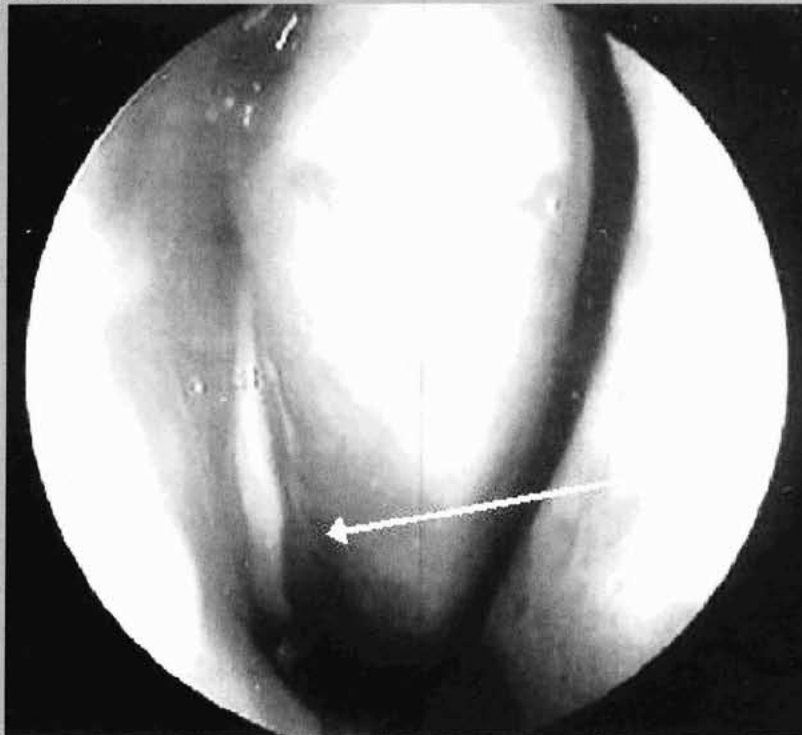
COMMENTAIRES DU DOSSIER 45

1°) Les sinusites dentaires :

- Généralement maxillaires mais possible extension ethmoïdo-frontale.
- Les dents en cause sont les deux prémolaires et les deux premières molaires supérieures mais jamais les incisives.
- Ce sont des sinusites chroniques et récidivantes, accompagnées de rhinorrhée
- unilatérale fétide.
- Flore bactérienne polymorphe avec prédominance des germes anaérobie.

Complications possibles des sinusites :

- Blocage sinusien
- Extériorisation
- Extension orbitaire : cellulite, phlegmon extra-périosté et phlegmon intra-orbitaire
- Extension intra-crânienne : ostéites, abcès extra-dural, abcès cérébral, méningite, thrombophlébite du sinus caverneux.
- Chronicisation



(endoscopie nasale : écoulement purulent au méat moyen)

DOSSIER 46

Un patient de 50 ans est amené par la police pour état d'ivresse sur la voie publique. L'alcoolémie à 4 heures du matin est à 2 grammes par litre. Un avis psychiatrique est demandé.

1°) Evaluez l'alcoolémie à 9 heures.

Vous vous entretenez avec le patient. Ces réponses sont floues et souvent n'ont aucun lien avec les questions ; d'ailleurs vous ne comprenez pas très bien ce qu'il vous dit. Il somnole la plupart du temps. Tout d'un coup, il écarquille les yeux, se met à pleurer et vous dit qu'il veut mourir et qu'il faut l'hospitaliser, « je me serais jeté sous le métro si on ne m'avait pas amené ici ».

2°) Quel est le diagnostic ? Quelle est la conduite à tenir ?

3°) Le patient s'agite, s'énerve, et veut partir. Que faites-vous ?

4°) Vous revoyez le patient à 22 heures. Réévaluez l'alcoolémie. De quoi faut-il se méfier ?

Le patient est plus calme, mais reste très somnolent. Il vous avoue boire plus souvent ces derniers temps, sa femme est morte il y a quelques mois et il n'arrive pas à surmonter ce deuil. Il se sent triste et seul, ils n'ont jamais eu d'enfants et n'est pas très proche de sa famille. D'un naturel timide, il n'a jamais eu beaucoup d'amis. Il travaille dans une compagnie d'assurances depuis de nombreuses années, il vous dit avoir plus de mal à se concentrer ses derniers temps mais considère être toujours autant efficace. Il dit ne pas être angoissé et ne pas vouloir mourir. Il ne se rappelle pas de ce qu'il a pu vous dire le matin. Vous apercevez une plaie récente au niveau du crâne.

5°) Comment expliquez-vous la somnolence ?

6°) Quels diagnostics évoquez-vous ?

7°) Quelle est la conduite diagnostique à tenir aux urgences ?

1°) Evaluez l'alcoolémie à 9 heures. (10 points)

Décroissance de l'alcoolémie : **0,15 g/L/h (5)**

Alcoolémie à 9 heures : **1,25 g/L/h (5)**

2°) Quel est le diagnostic ? Quelle est la conduite à tenir ? (20 points)

Etat d'alcoolisation aiguë (5)
Entretien non fiable, aucune conclusion possible quant à l'état psychiatrique (5)

Poursuite de la surveillance en milieu hospitalier (service des urgences) : **(5)**

- Patient allongé, état de conscience(Glasgow), TA, température, ECG

Prévention du syndrome de sevrage, hydratation (5)

Si autre diagnostic ZERO au dossier
Si oubli surveillance ou syndrome de sevrage ZERO à la question

3°) Le patient s'agite, s'énerve, et veut partir. Que faites-vous ? (20 points)

Evaluer l'état d'agitation : (2,5)

- agitation contrôlable avec dialogue possible ou agitation irréversible

Traitement symptomatique :

- patient allongé au calme,
- **si nécessaire (5) : contention (5)**, traitement médical **PO voire IM (5)** : neuroleptique **sédatif (5)** : Loxapac® (100 à 150 mg)

Surveillance : **(2,5)**

- risque de fugue, conscience, TA, efficacité et tolérance du traitement médical et de la contention.

4°) Vous revoyez le patient à 22 heures. Réévaluez l'alcoolémie. De quoi faut-il se méfier ? (10 points)

Décroissance de l'alcoolémie : 0,15 g/L/h
Alcoolémie à 22 h : négative (2)

Surveiller et prévenir l'apparition de symptômes de sevrage (8)

Le sevrage survient 12 à 32 heures après la dernière prise d'alcool.

5°) Comment expliquez-vous la somnolence ? (20 points)

Devant la somnolence, il faut évoquer une étiologie organique :
- **Hypoglycémie (5)**
- **Hématome sous dural traumatique (5)**
- **Syndrome de sevrage : pré délirium tremens, délirium tremens, complications (crise convulsive...) (5)**

Il faut aussi évoquer une cause iatrogène : **traitement par neuroleptique sédatif (5)**
On ne peut pas évoquer l'intoxication alcoolique aiguë au vu de l'alcoolémie

Si intoxication alcoolique aiguë évoquée : ZERO à la question

6°) Quels diagnostics évoquez-vous ? (10 points)

Hématome sous dural traumatique (8)
En l'absence d'organicité évoquer un syndrome dépressif (2)

Si hématome sous dural non évoqué : ZERO à la question

7°) Quelle est la conduite diagnostique à tenir aux urgences ? (10 points)

L'urgence est d'éliminer une étiologie organique
Examen clinique
Scanner cérébral en urgence sans injection : recherche d'un hématome **(8)** Réévaluation psychiatrique ultérieure si nécessaire **(2)**

Si manque urgence, scanner sans injection : ZERO à la question

DOSSIER 47

Vous recevez en urgence M. H., patient de 23 ans en bon état général qui est affolé par la survenue d'une hémorragie digestive basse évoluant depuis quelques heures et qui ne semble pas se calmer.
A l'interrogatoire, M. H. ne décrit pas d'antécédents particuliers hormis une insuffisance mitrale minime, une allergie aux bêta-lactamines et un problème de nodules de la face antérieure des jambes connus de longue date. Cependant, vous apprenez qu'il souffre depuis plusieurs mois de douleurs abdominales épisodiques accompagnées d'émissions glairo-sanglantes pluri-quotidiennes qui alternent avec des selles liquides. Ces troubles ont été attribués par son médecin traitant à une maladie hémorroïdaire.
Sur le plan clinique, vous retrouvez un écoulement anal de sang rouge peu important, avec des constantes normales (pouls 69/min et TA 126/78 mmHg) et sans signe de choc associé. Il n'y a pas d'altération de l'état général, le patient est apyrétique et le reste de l'examen est considéré comme normal.

1°) A quoi pensez-vous ? Quel est le diagnostic le plus probable et pourquoi ?

2°) Quels examens complémentaires vous sont utiles ?

3°) Quels éléments seront en faveur de votre diagnostic ?

4°) Quels sont les principes de la prise en charge thérapeutique immédiate ?

5°) Une surveillance au long cours est-elle nécessaire ? Si oui, pourquoi ?

Au bout de 72 heures, la situation s'est améliorée et le retour du patient à son domicile a été autorisé.
3 semaines après, vous revoyez M. H revenir aux urgences pour prise en charge d'un syndrome fébrile persistant. Il se plaint d'être fatigué depuis sa sortie d'hospitalisation, décrit des douleurs articulaires diffuses et avoue avoir perdu 4 kg. Il est en sueurs et frissonne légèrement.
Cliniquement, il n'existe pas de signe évolutif de sa maladie de fond. L'examen cardio-vasculaire et neurologique est normal et il existe une discrète splénomégalie.

6°) Que craignez-vous ?

7°) Quelles autres informations cliniques évocatrices recherchez-vous ?

8°) Quel(s) examen(s) est ou sont alors indispensables ?

9°) Qu'aurait-il fallu faire afin d'éviter cet accident ?

1°) A quoi pensez-vous ? Quel est le diagnostic le plus probable et pourquoi ? (15 points)

- **Maladie inflammatoire chronique intestinale (2) type Crohn ou RCH (1+1)**
- En **poussée (2)**
- **Ici RCH le plus probable (2)** car :
  - Sujet jeune
  - Evolution chronique
  - **Alternance d'émissions rectales muco-hémorragiques (1) journalières (1) et de selles liquides non diarrhéiques (1)**
  - **Douleurs abdominales (1)**
  - **Rectorragie abondante (1)**
  - **Erythème noueux (1)**
  - **Pas de signes infectieux (1)**

2°) Quels examens complémentaires vous sont utiles ? (10 points)

- **NFS (1)**
- **VS et CRP (1+1)**
- **Bilan pré-transfusionnel : TP, TCA, groupe, rhésus, RAI (1 et si oubli ZERO)**
- **Examen parasitologique des selles (1)**
- **ASP (1)**
- **Iléo-coloscopie totale avec biopsies étagées pour examen histologique (1+1+1 et si oubli ZERO)**
- **Dosage des auto-anticorps (1)**

3°) Quels éléments seront en faveur de votre diagnostic ? (12 points)

- **Examen parasitologique des selles négatif (1)**
- Coloscopie **:**
  - **Atteinte muqueuse limitée au colon et prédominant au rectum (1)**
  - **Homogène et continue (1)**
  - **Aspect érythémateux granuleux, hémorragique ou saignant au moindre contact, œdémateux ou ulcéreux (1x4)**
- Histologie **:**
  - **Anomalies des villosités coliques (1)**
  - **Infiltrat inflammatoire (1)**
  - **Sous muqueuse saine (1)**
  - **Absence de granulome épithéloïde gigantocellulaire (1)**
- **Présence d'anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires type ANCA (1)**

4°) Quels sont les principes de la prise en charge thérapeutique immédiate ? (13 points)

- **Hospitalisation initiale (2)**
- **Rééquilibration hydro-éléctrolytique (2)**
- **Mesures hygiéno-diététiques (2) : alimentation sans résidu, entérale voire parentérale**
- **Traitement médicamenteux de la poussée (2) : Salazopyrine** ou **bien dérivé 5-amino salicylate** ou encore **corticothérapie par voie orale (1+1+1).**
- **Surveillance (2)**

5°) Une surveillance au long cours est-elle nécessaire ? Si oui, laquelle et pourquoi ? (10 points)

- **Oui** (2)
- **Endoscopies digestives basses (4)**
- **La RCH est un facteur de risque de survenue de cancer colique (4)**

6°) Que craignez-vous ? (10 points)

- **Endocardite subaiguë infectieuse (2+2+1)**
- **Survenant sur un endocarde pré lésé : maladie d'Osler (2+2)**
- Probablement **à germe digestif contracté lors de la coloscopie (1)**

NB : si autre diagnostic, ZERO à la question

7°) Quelles autres informations cliniques évocatrices recherchez-vous ? (10 points)

- **Souffle cardiaque (2 et si oubli ZERO)**
- **Nodules de Roth au fond d'œil (2)**
- **Faux panaris d'Osler (2)**
- **Erythème palmo-plantaire (2)**
- **Autre porte d'entrée (2)**

8°) Quel(s) examen(s) est ou sont alors indispensable(s) ? (10 points)

- **Echo-doppler cardiaque transthoracique et transœsophagien (2+2)**
- **Hémocultures (2) répétées (2) avec antibiogramme (2)**

NB : si absence d'un des examens ci-dessus ou bien si demande de cathétérisme ou d'angiographie cardiaque, alors ZERO à la question

9°) Qu'aurait-il fallu faire afin d'éviter cet accident ? (10 points)

- **Antibioprophylaxie de l'endocardite (2)**
- **Encadrant le geste endoscopique (2)**
- **Vancomycine (2)** 1 g IV en 60 min **+ gentamicine (2) 1,5 mg/kg IV en 30 min en 2 perfusions avant et après le geste (2)**

NB : si amoxicilline, ZERO à la question

COMMENTAIRES DU DOSSIER 47

1°) Les principales manifestations extra-digestives des MICI :

- Articulaires : mono/polyarthrites, spondylarthrite ankylosante
- Oculaires : iritis
- Cutanées : érythème noueux, aphtose buccale
- Vasculaires : maladie thrombo-embolique
- Hépato-biliaires : stéatose, cholangite sclérosante

4°) Les indications chirurgicales :

- Réservées aux formes compliquées, résistantes au traitement médical ainsi qu'aux formes cortico-dépendantes.
- On peut proposer selon le cas : colectomie totale avec anastomose iléo-rectale ou iléo-anale, ou bien proctocolectomie totale avec iléostomie définitive.

5°) Dans les RCH de plus de 10 ans, le risque est x 20 par rapport à la population générale.

9°) Mesures antibioprophylaxie :

GESTE	Pas d'allergie	Allergie aux ß lactamines
Soins dentaires et actes sur les voies aériennes supérieures en ambulatoire : prise unique 1 heure avant le geste	Amoxicilline 3 g per os	Clindamycine 600 mg PO ou pristinamycine 1 g PO
Interventions uro-génitales et digestives : 1ère dose 1 heure avant le geste ± 2ème dose 6 heures après le geste	Amoxicilline 2 g IV en 30 min + gentamicine 1. 5 mg/kg IV en 30 min en perfusion avant le geste Amoxicilline 1 g per os 6 heures après le geste	Vancomycine 1 g IV en 60 min + gentamicine 1. 5 mg/kg IV en 30 min en perfusion avant le geste de 2ème dose après le geste

DOSSIER 48

Mme L., 36 ans, est amenée aux urgences à la suite d'une chute de cheval à plat sur le dos. Elle présente depuis des douleurs lombaires.

A l'examen, il existe une impossibilité de fléchir la cuisse droite avec une insensibilité de la région inguinale homolatérale, une diminution de la sensibilité de la moitié supéro-interne de la cuisse droite, une abolition du reflex rotulien droit.

Il n'existe pas de traumatisme crânien ni de perte de connaissance initiale.

La pression artérielle est mesurée à 120/55 mmHg, le pouls est à 70/min, la température est à 37°C.

1°) Quel diagnostic suspectez-vous ? Pourquoi ?

2°) Quels autres éléments neurologiques recherchez-vous lors de l'examen clinique ?

3°) Quel examen réalisez-vous ?

4°) Qu'en attendez-vous ?

5°) Quelle est votre attitude thérapeutique ?

1°) Quel diagnostic suspectez-vous ? Pourquoi ? (20 points)

Fracture du rachis lombaire (4) niveau **L1-L2 (4)** :
Traumatisme récent du rachis lombaire (2) avec
- **syndrome lésionnel (2) L1 (2)** (atteinte radiculaire L1 déficit du psoas droit) et un
- **syndrome sous-lésionnel (2)** par atteinte de la racine **L2 (2)** (hypoesthésie de la moitié supérieure de la cuisse) et de la racine **L4 (2)** (abolition du reflex rotulien droit)

2°) Quels autres éléments neurologiques recherchez-vous lors de l'examen clinique ? (14 points)

Examen neurologique daté avec étude de la somesthésie, de la motricité volontaire et recherche des réflexes, **bilatéral, comparatif (2)**
Il se fait en maintenant la rectitude de l'axe cranio-rachidien.

Somesthésie (2) :
- L1 creux inguinal, L2 partie moyenne du creux inguinal+1/2 supéro-interne de la cuisse,
- L3 face antérieure et supéro-externe de la cuisse,
- L4 genou,
- L5 face antérieure de jambe,
- S1 talon et bord externe du pied, S4 clitoris

Motricité (2) :
- L2 flexion de hanche,
- L3 extension de hanche,
- L4 dorsiflexion du pied en varus,
- L5 abduction du pied,
- S1 flexion plantaire du pied

Réflexes cutanés (2) :
- Réflexe cutané abdominal D10-D12,
- Réflexe crémastérien L1-L2,
- Réflexe cutané plantaire S1S2

Réflexes tendineux (2) :
- rotulien L4, achiléen S1, anal S4

Recherche de troubles génitosphinctériens (2) : rétention (S1S2), insensibilité anale et hypotonie du sphincter externe (S2S3S4)

Recherche d'un syndrome de la queue de cheval (2)

3°) Quel examen réalisez-vous ? (16 points)

En urgence, on réalisera un **scanner du rachis dorsolombaire (10)** recherchant une **fracture des vertèbres L1 L2 (6)** du fait de l'existence de signes neurologiques

4°) Qu'en attendez-vous ? (25 points)

Recherche d'une **fracture du corps vertébral** (3), des arcs postérieurs ou des pédicules vertébraux, **recul du mur postérieur (4)** avec **mesure du diamètre antéropostérieur du canal vertébral (3)**,
Atteinte des apophyses articulaires,
Une perte de parallélisme+/ rotation des vertèbres traduisant une luxation, (3)
Le caractère comminutif de la fracture et le nombre de fragments, (3)
L'importance du tassement, l'angle intervertébral,
Lésions disco-ligamentaires, (3)
Hématome, (3)
Evaluation de la stabilité rachidienne (3)

5°) Quelle est votre attitude thérapeutique ? (25 points)

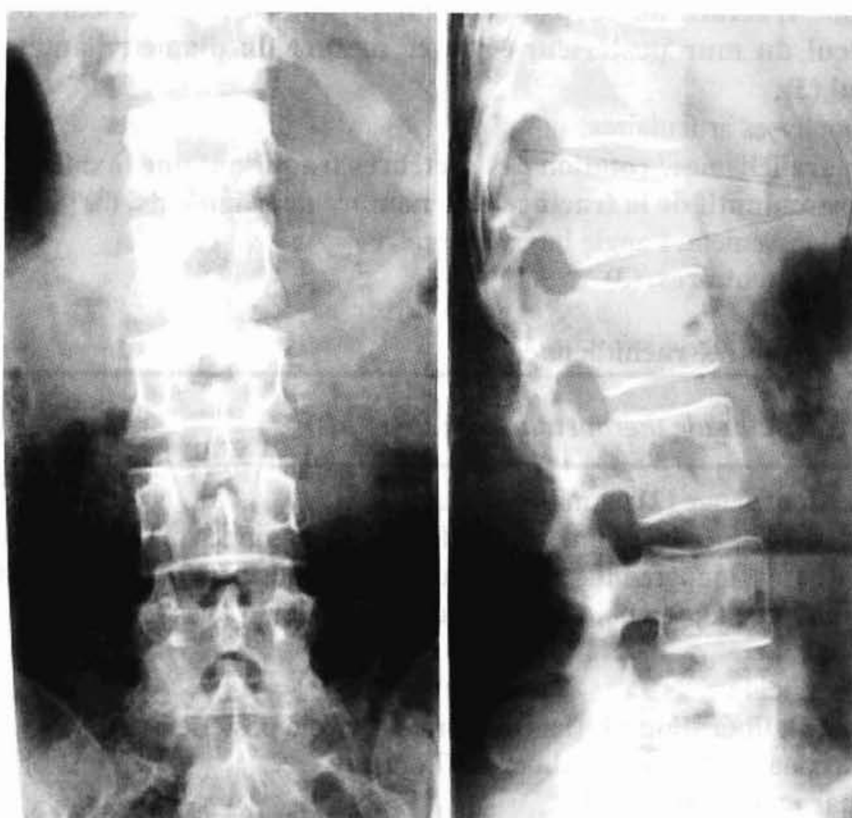
Hospitalisation en **urgence (2)** en milieu chirurgical
Bilan préopératoire : (4) numération formule sanguine plaquettes, groupage ABO, détérmination Rhésus, ionogramme sanguin, urée sanguine, créatinémie, hémostase (TP, TCA), électrocardiogramme, radiographies du thorax, consultation d'anesthésie

Traitement chirurgical :
pour **réduction (3)**, **libération** (3) (laminectomie par voie postérieure)
restitution d'un canal vertébral de calibre suffisant et
stabilisation par ostéosynthèse (3)
Radiographie de contrôle

Corticothérapie par voie intraveineuse (3) **:** 30 mg/kg puis 5 mg/kg/h pendant les 24 premières heures
Antalgiques (2) par voie intraveineuse,
Correction des désordres hydroélectrolytiques (2)

Prévention des complications de décubitus et de la maladie thromboembolique par héparine de bas poids moléculaire (3) : enoxaparine 4000 UI antiXa/24h surveillance hebdomadaire des plaquettes

Surveillance (2) clinique et paraclinique



Fracture cunéiforme de L1 sans recul du mur postérieur

DOSSIER 49

M. R., 27 ans, consulte aux urgences. Il a pour antécédents :
-un asthme allergique actuellement quiescent.
-une hypercalciurie idiopathique responsable de 2 crises de coliques néphrétiques, dont la dernière il y a 3 ans.
-une fibrillation atriale paroxystique.
Il fume 10 cigarettes/jour, boit le samedi soir.
Il revient de vacances au Maroc où il s'est "tordu" la cheville en randonnée ; il a pris de l'Ibuprofène pour cela. Depuis 2 jours, il est victime de douleurs abdominales violentes, associées à une diarrhée faite de 8 à 10 exonérations/jour, minimes et peu fécales mais glaireuses et sanglantes ; il est très fatigué et mange peu car n'a plus d'appétit. Il a pris sa température avant de venir, à 38, 5°C...
Votre examen retrouve un patient à l'état général moyen, très douloureux de manière diffuse à la palpation abdominale ; la fièvre est confirmée...

1°) Quels sont les signes cliniques de gravité à rechercher ?
2°) Quelles sont les étiologies possibles de ce tableau ?
3°) Quels sont les examens complémentaires à réaliser ?
4°) Le patient est hospitalisé et le bilan permet de conclure à une colite aiguë d'origine cryptogénétique ; celle-ci atteint l'ensemble du rectum et du colon, de façon continue; l'intestin grêle est respecté. L'histologie retrouve des ulcérations de la muqueuse, et un infiltrat lympho-plasmocytaire du chorion...
Quelle est la forme la plus probable dont est atteint M. R. ?
5°) Quels sont les éléments permettant d'évaluer la gravité des poussées de cette maladie?
6°) Quel est le traitement médical à mettre en place ?
7°) Quelles sont les indications chirurgicales et quelle est l'opération de référence ?
8°) Le patient est "refroidi" sous traitement médical et échappe à la chirurgie ; il sort de l'hôpital avec un traitement de fond de sa maladie et est suivi régulièrement en consultation ; tout se passe bien mais 3 ans après l'épisode initial, il re-consulte aux urgences.
Il vous explique que des douleurs abdominales sont réapparues depuis 1 semaine environ, associées à une intolérance alimentaire quasi-totale avec des vomissements répétés ; il n'a pas eu de selles depuis 3 jours...
A l'examen, l'abdomen est distendu, très douloureux sans défense ; la percussion est très douloureuse et tympanique... Quel est votre diagnostic ?
9°) L'examen complémentaire suivant est réalisé en urgence et est laissé à votre interprétation... Que pensez-vous maintenant de votre diagnostic initial?
10°) Quel est le traitement à mettre en place dans les grandes lignes ?
11°) Malgré ce traitement, la situation ne s'améliore pas ; l'abdomen est à la limite de la défense ; vous demandez une nouvelle imagerie. Quelle est votre interprétation et quelle est la conduite à tenir ?

1°) Quels sont les signes cliniques de gravité à rechercher ? (9 points)

Signes de **déshydratation (3)** extra- et/ou intra-cellulaire :

- extra-cellulaire => pli cutané persistant, perte de poids importante, hypotension orthostatique puis permanente, tachycardie.
- intra-cellulaire => soif intense, sécheresse des muqueuses, signes neurologiques

Signes de **sepsis (3)** sévère = tachycardie, hypotension, marbrures, oligo-anurie, troubles de la conscience/vigilance..

Signes **péritonéaux (3)** = défense abdominale voire contracture

Cette triade de signes de gravité est un classique à connaître dans les diarrhées aiguës.

2°) Quelles sont les étiologies possibles de ce tableau ? (8 points)

Infectieuses (2) = diarrhée à germes entéro-invasifs :

- campylobacter
- yersinia
- shigelle
- *Salmonella typhi* ou para-typhi
- coli entéro-invasif
- clostridium difficile (rare toutefois en dehors d'un contexte antibiotique ou d'immunodépression..)

Médicamenteuse (2) = colite aux anti-inflammatoires non stéroïdiens

Cryptogénétiques (2) = poussée inaugurale de maladie de Crohn ou de recto-colite hémorragique

Ischémique (2) = notion de trouble du rythme, potentiellement emboligène

3°) Quels sont les examens complémentaires à réaliser ? (7 points)

Bilan biologique :

- **NFS-plaquettes (1)**
- VS, **CRP (1)**
- bilan hépatique, ionogramme sanguin, urée, créatinine
- **hémocultures** (1) x 3

Examen des selles :

- examen direct
- **coprocultures** (1) sur milieux sélectifs, en spécifiant éventuellement une recherche de germes habituellement non dépistés
- examen parasitologique

Radiographie de l'abdomen (1) :

- face debout
- face couché
- centré sur les coupoles diaphragmatiques

ECG (1)

Recto-sigmoïdoscopie (1) voire coloscopie totale avec prélèvements bactériologiques, parasitologiques, biopsies multiples...

Une hyper-leucocytose oriente plutôt vers une cause inflammatoire ou infectieuse ; une leucopénie ou une cytolyse hépatique font évoquer une typhoïde.

4°) Le patient est hospitalisé et le bilan permet de conclure à une colite aiguë d'origine cryptogénétique ; celle-ci atteint l'ensemble du rectum et du colon, de façon continue ; l'intestin grêle est respecté. L'histologie retrouve des ulcérations de la muqueuse, et un infiltrat lympho-plasmocytaire du chorion…
Quelle est la forme la plus probable dont est atteint M. R. ? (3 points)

Recto-colite hémorragique (3)

On rappelle que la RCH, comme son nom l'indique, ne touche que le recto-colon, et qu'il n'existe pas de signe histologique spécifique

5°) Quels sont les éléments permettant d'évaluer la gravité des poussées de cette maladie ? (11 points)

Critères clinico-biologiques (1) :
- critères de **Truelove (2)** et Witts :
  - nombre de selles/jour
  - pouls
  - température
  - VS
  - hémoglobine
- critères d'Oxford modifiés reprenant certains critères de Truelove et y ajoutant le taux d'albumine

Critères morphologiques (1) :
- **imagerie (1) :**
  - **radios de l'abdomen (1)** (colectasie voire pneumo-péritoine)
  - **scanner (2)** abdomino-pelvien (idem en gros)
- **endoscopie (3)** (ulcérations profondes, étendues…)

6°) Quel est le traitement médical à mettre en place ? (15 points)

Corticothérapie (3) intra-veineuse (2)
Ré-équilibration hydro-électrolytique (2)
Antalgiques (2)
Mise au **repos digestif (2)**
Antibiothérapie non systématique
Anticoagulation (2) préventive par HBPM
En cas de résistance à ce traitement => **ciclosporine (2)** intra-veineuse
Surveillance

Les MICI sont à haut risque de thrombose ! Par ailleurs, la définition de la cortico-résistance est l'absence d'amélioration après 5 jours de corticothérapie intra-veineuse à 1mg/kg/jour. Elle impose de discuter :
-la ciclosporine
-<u>**ou**</u> la chirurgie

7°) Quelles sont les indications chirurgicales et quelle est l'opération de référence? (6 points)

2 indications indiscutables à connaître :

- **péritonite (3)** par perforation colique
- **hémorragie digestive massive non contrôlée (3)**

L'opération de référence est la colectomie sub-totale avec sigmoïdostomie et iléostomie

8°) Le patient est "refroidi" sous traitement médical et échappe à la chirurgie ; il sort de l'hôpital avec un traitement de fond de sa maladie et est suivi régulièrement en consultation; tout se passe bien mais 3 ans après l'épisode initial, il re-consulte aux urgences.
Il vous explique que des douleurs abdominales sont réapparues depuis 1 semaine environ, associées à une intolérance alimentaire quasi-totale avec des vomissements répétés ; il n'a pas eu de selles depuis 3 jours...
A l'examen, l'abdomen est distendu, très douloureux sans défense ; la percussion est très douloureuse et tympanique...
Quel est votre diagnostic ? (8 points)

Occlusion intestinale aiguë (4) par **obstruction (4)** probable (installation progressive)

L'énoncé est trop vague pour évoquer le siège de l'occlusion.

9°) L'examen complémentaire suivant est réalisé en urgence et est laissé à votre interprétation... Que pensez-vous maintenant de votre diagnostic initial ? (10 points)

Interprétation du scanner = **syndrome occlusif (3)**, siégeant sur le **grêle (2)** (le colon est plat); il existe une atteinte inflammatoire sténosante de l'iléon, avec épaississement pariétal et rétrécissement luminal.

Le diagnostic de RCH devient caduque
Il convient maintenant d'évoquer une **maladie de Crohn (5)**

10°) Quel est le traitement à mettre en place dans les grandes lignes ? (10 points)

Hospitalisation (1) en urgence (1) en milieu médico-chirurgical (1)
Corticothérapie (1) intra-veineuse (1)
Aspiration digestive (1) par sonde naso-gastrique
Ré-équilibration hydro-électrolytique (1), notamment **compensation (1)** de l'aspiration
Antalgiques (1) (pas de morphine SVP, c'est tout de même une occlusion)
Antibiothérapie non systématique
Anticoagulation (1) préventive par HBPM

11°) Malgré ce traitement, la situation ne s'améliore pas ; l'abdomen est à la limite de la défense ; vous demandez une nouvelle imagerie. Quelle est votre interprétation et quelle est la conduite à tenir ? (13 points)

Interprétation : apparition d'une **collection hydro-aérique (2)** pelvienne, lame **d'épanchement liquidien péritonéal (1)**, pas de pneumopéritoine libre

Urgence (1)
Prévenir le chirurgien et l'anesthésiste
Antibiothérapie (1) intra-veineuse couvrant les germes digestifs
Traitement chirurgical (1) :
- **laparotomie (1)**
- exploration et bilan des lésions
- **évacuation de l'abcès (1)** (ou des abcès)
- envoi en **bactériologie (1)**
- **résection segmentaire (1)** du grêle la plus économe possible
- envoi en **anatomopathologie (1)**
- double **stomie (1)**
- fermeture pariétale

Surveillance (1) post-opératoire

COMMENTAIRES DU DOSSIER 49

2°) Il n'y a pas de paludisme au Maroc.
Selon le contexte, on peut également évoquer une colite radique (pas du tout ici, donc)
Les MICI sont à évoquer de principe devant tout syndrome dysentérique ou apparenté
La colite aux AINS est une maladie que vous devez connaître, elle peut d'ailleurs être ischémique ;
Enfin, vous savez que la colite ischémique survient rarement par embolie mais le plus souvent par bas débit cardiaque (terrain type = le sujet âgé !)

5°) Les critères de Truelove sont de moins en moins utilisés, ils manquent de sensibilité ; l'arme clé pour apprécier le pronostic en 2005 est l'endoscopie ; l'exploration du colon gauche suffit le plus souvent. Dans tous les cas l'endoscopie est contre-indiquée en cas de colectasie avérée (à cause du risque de perforation induite par l'insufflation bien évidemment...).

9°) Ces erreurs sont fréquentes ; toute lésion "extra-recto-colique" fait corriger le diagnostic et impose celui de maladie de Crohn (on aurait aussi pu imaginer une suppuration anale, des érosions buccales...)
Noter enfin qu'il existe une petite part de colites indéterminées qui n'auront jamais d'étiquette précise...

11°) Pour ceux qui auraient voulu drainer en per-cutané cette collection, l'intention était bonne mais inadaptée ; en effet la taille de l'abcès et surtout la quantité d'air, indique qu'il s'agit d'une perforation digestive dont le traitement est chirurgical ; autrement dit, c'est une péritonite localisée que présente ce malade.

DOSSIER 50

M. B., jardinier de 54 ans, diabétique non insulino-dépendant, vient consulter pour la prise en charge de phénomènes inflammatoires de l'auriculaire droit d'installation récente et d'aggravation progressive. Il se plaint d'une douleur très intense, pulsatile, permanente et insomniante, siégeant au niveau du bord interne et du 5ème doigt de la main droite. Votre examen clinique retrouve un œdème localisé, un doigt en crochet avec impotence fonctionnelle très algique et une traînée de lymphangite vers le coude. Il se traite par Apranax® depuis plus d'une semaine. Il n'y a pas d'altération de l'état général et le patient est apyrétique.

1°) Quel diagnostic évoquez-vous ?

2°) Quels éléments manquent dans l'examen clinique ?

3°) Quel va être votre bilan para-clinique ?

4°) Quelle doit être votre prise en charge immédiate ?

5°) Quelles doivent être les mesures associées ?

6°) Qu'auriez-vous fait en cas d'arthrite associée ?

7°) Quels sont les risques évolutifs généraux chez ce patient ?

1°) Quel diagnostic évoquez-vous ? (10 points)

- **Phlegmon (3) de la gaine ulnaire (3) de l'auriculaire droit (1)**
- Probablement **au stade purulent (3).**

2°) Quels éléments manquent dans l'examen clinique ? (20 points)

- Notion de **panaris récent (5)**
- Recherche **d'une porte d'entrée (5 et si *oubli ZERO*)**
- Palpation des extrémités proximales des gaines : **paume de la main et poignet (5 et si *oubli ZERO*)**
- **Dextro (5)**

3°) Quel va être votre bilan para-clinique ? (15 points)

- Bilan pré-opératoire **(5) : NFS, ionogramme sang, fonction hépato-rénale, TP, TCA, groupe, rhésus, RAI, ECG, Rx pulmonaire**
- VS, **CRP (1)**
- **Glycémie (2)**
- **Bactériologie** : prélèvement systématique de toute porte d'entrée et hémocultures **(5** et *si oubli* ***ZERO*)**
- **Radiographies** du **doigt F+P (2)**

4°) Quelle doit être votre prise en charge immédiate ? (15 points)

- **Chirurgie** en urgence **(2)**
- **Excision de la porte d'entrée (3** et si incision **ZERO)**
- **Prélèvement du contenu de la gaine pour examen bactériologique** et **antibiogramme (3** et si oubli **ZERO).**
- **Incision au cul-de-sac supérieur de la gaine (2)**
- **Lavage abondant et parage (3)**
- **Porte d'entrée et incision supérieure laissées en cicatrisation dirigée** (2 et *si fermeture directe* ***ZERO***)

5°) Quelles doivent être les mesures associées ? (15 points)

- **SAT/VAT (2 et si oubli ZERO)**
- **Arrêt des AINS (3)**
- **Arrêt des antidiabétiques oraux et mise du patient sous insulinothérapie (5 et si oubli ZERO)**
- **Antibiothérapie IV** d'abord probabiliste puis secondairement adaptée aux résultats des prélèvements bactériologiques et à l'antibiogramme **(5 et si oubli ZERO)**

6°) Qu'auriez-vous fait en cas d'arthrite associée ? (10 points)

- **Arthrotomie chirurgicale de drainage et lavage (4)**
- **Analyse bactériologique des prélèvements (2)**
- **Antibiothérapie adaptée** à bonne pénétration osseuse prolongée pour **6 semaines (4)**

7°) Quels sont les risques évolutifs généraux chez ce patient ? (15 points)

- **Septicémie avec risque de choc septique (5)**
- **Décompensation diabétique (5)**
- **Coma diabétique (5)**

COMMENTAIRES DU DOSSIER 50

1°) Trois stades dans l'évolution naturelle des phlegmons des gaines des fléchisseurs :

- Inflammatoire : sérosité exsudative distendant la gaine, tendon sain.
- Purulent : synovite séro-purulente, granuleuse, hypertrophiée et hypervascularisée, tendon intact.
- Nécrose tendineuse : gaine rompue au cul-de-sac supérieur, infection en voie de diffusion, tendon rompu.

7°) Complications des phlegmons des gaines :

- Ténosynovite diffuse
- Nécrose tendineuse
- Nécrose cutanée
- Ostéite et/ou arthrite
- Nécrose digitale
- Séquelles fonctionnelles.

DOSSIER 51

Mme X., âgée de 70 ans, vous est adressée aux urgences à la suite d'une chute de sa hauteur. Elle présente une vive douleur au poignet droit, avec l'impossibilité de toute mobilisation. Vous réalisez des clichés radiologiques.



Elle présente dans ses antécédents :

- **une hypertension artérielle traitée par ß bloquants depuis 10 ans**
- **un diabète non insulino-dépendant traité par metformine**
- **une hypercholestérolémie traitée par fénofibrates**

1°) Interprétez les radiographies fournies. Quel est votre diagnostic ?

2°) Quel le principal mécanisme de survenue de cette fracture ?

3°) Quel est votre examen clinique ?

4°) Quel est votre traitement ?

5°) Quelle est votre surveillance ?

6°) Mme X. vient vous revoir 2 mois plus tard : elle présente un déficit de rétroposition du pouce, quel est votre diagnostic ?

7°) Quelles sont les autres complications possibles ?

1°) Interprétez les radiographies fournies. Quel est votre diagnostic ? (19 points)

Radiographies du poignet droit face et profil (2)
Trait de **fracture extra-articulaire (2)** intéressant l'**extrémité inférieur du radius (2)**, au-dessus de l'articulation radio cubitale inférieure avec un **déplacement postéro-externe (2)**, **comminution corticale postérieure (2)**, engrènement, **raccourcissement du radius (2)**, et supination de l'épiphyse, avec bascule postérieure, **horizontalisation de la ligne bistyloïdienne (2)**, tuméfaction des parties molles

Fracture de Pouteau-Colles droite (5)

2°) Quel est le principal mécanisme de survenue de cette fracture ? (6 points)

Fracture par **compression-extension (6)**

3°) Quel est votre examen clinique ? (12 points)

Examen du membre supérieur droit : côté dominant,
Recherche d'une ouverture cutanée (2),
Déformation dans le plan sagittal en dos de fourchette en rapport avec le déplacement postérieur (2),
Recherche d'un déficit sensitivomoteur dans les territoires des nerfs médian, radial et cubital (2),
évaluation des mobilités articulaires dans les limites de la douleur (2),
Recherche d'un pouls capillaire aux doigts et recherche des pouls radial et cubital (2),
Testing tendineux,
Examen du coude et de l'épaule droite
Statut vaccinal pour le tétanos (2)

4°) Quel est votre traitement ? (26 points)

Urgence (2)
Hospitalisation courte en chirurgie orthopédique
Traitement antalgique par voie intraveineuse (2),
Immobilisation par attelle plâtrée postérieure (3)
Bilan préopératoire et consultation d'anesthésie (2) : groupe, rhésus, recherche d'agglutinines irrégulières, numération formule sanguine plaquettes, ionogramme sanguin uricémie créatinémie, hémostase (TP, TCA), électrocardiogramme, radiographie du thorax
Traitement chirurgical (2) sous anesthésie locale ou loco-régionale
Réduction sous amplificateur de brillance (3),
Contrôle de la correction de la **pente radiale à 20° (1)** de face, restitution de l'anatomie de l'articulation de l'articulation radio-cubitale inférieure, **inclinaison radiale antérieure de 10°(1)** de profil, **alignement des corticales (1)**, appréciation de la stabilité
Ostéosynthèse par embrochage percutané (3) soit intrafocal selon Kapandji ou styloïdien selon Castaing
Attelle antébrachiopalmaire pour une durée de 6 semaines (3)
Rééducation immédiate au niveau des métacarpo-phalangiennes, du coude et de l'épaule(3)
Surveillance

5°) Quelle est votre surveillance ? (14 points)

Surveillance clinique de la tolérance du plâtre (2) : œdème, **vascularisation des doigts (2)**, **douleur (2)**, état cutané, **examen neurologique dans les territoires radial, médian et cubital (2)**

Surveillance radiologique (6) à J8, J15, J21 par radiographies du poignet droit de face et de profil à la recherche d'un déplacement secondaire

6°) Mme X. vient vous revoir 2 mois plus tard, elle présente un déficit de rétroposition du pouce. Quel est votre diagnostic ? (12 points)

Rupture du tendon long extenseur du pouce (6), celui-ci peut être lésé par une **écaille osseuse (3)** ou par une **broche d'ostéosynthèse (3)**, ou par des phénomènes inflammatoires dans sa coulisse au niveau du tubercule de Lister à la face postérieure du radius

7°) Quelles sont les autres complications possibles ? (11 points)

Algoneurodystrophie (2)
Cal vicieux (2), **déplacement secondaire (2)** et raideur, avec diminution des amplitudes radiocarpiennes, et enraidissement digital, déficit de pronosupination, diminution de la force de serrage, séquelles esthétiques
Complication du plâtre (2)
Infection du matériel d'ostéosynthèse soit des parties molles ou de l'os (1)
Arthrose posttraumatique radiocubitale inférieure ou radiocarpienne (1)
Névromes des branches sensitives du nerf radial
Syndrome du canal carpien (1)



Radiographies post-opératoires (brochage intra-focal selon Kapandji)

DOSSIER 52

Vous êtes de garde à l'hôpital de Chamonix lorsque vous recevez en urgence un petit africain de 5 ans, Kirikou, en vacances pour la première fois à la montagne avec sa famille. Il se plaint de violentes douleurs abdominales localisées au niveau du flanc gauche et lors de l'interrogatoire, vous apprenez que les troubles ont débuté alors qu'il venait d'arriver en haut du Mont Blanc, à l'Aiguille du Midi. Il est accompagné par ses parents qui le décrivent comme un enfant sans antécédents particuliers, à part deux épisodes algiques identiques concomitants à des viroses il y a 3 ans.
Un premier bilan retrouve 2,6 GR, une Hb à 7,5 g/dL avec VGM à 85, CCMH à 34% et réticulocytes à 180000.
On trouve 285000 plaquettes et 15500 leucocytes dont 80% de PNN. L'haptoglobine est < 0,5 g/L, les LDH sont à 1,5 fois la normale, la sidérémie et la bilirubinémie étant augmentées.

1°) Commentez l'hémogramme.

2°) Quel diagnostic évoquez-vous ?

3°) Quelle en est la physiopathologie ?

4°) Quels autres examens complémentaires peuvent vous être utiles ?

5°) Qu'attendez-vous de trouver sur le frottis sanguin ? Et sur l'électrophorèse de l'hémoglobine ?

6°) Qu'aurait pu vous évoquer l'existence d'une microcytose et la présence d'une population d'hématies "cibles" ?

7°) Quels sont les principes de votre prise en charge ?

8°) Votre diagnostic était le bon. Les parents souhaitent d'autres enfants et veulent savoir quels sont les risques encourus et le suivi possible.

9°) Quels sont les risques évolutifs chez ces patients ?

1°) Commentez l'hémogramme. (12 points)

- **Anémie hémolytique (2)**
- **Normochrome (2)**
- **Normocytaire (2)**
- **Régénérative (2)**
- **Hyperleucocytose modérée (2)**
- **Normoplaquettose (2)**

2°) Quel diagnostic évoquez-vous ? (15 points)

- **Crise vaso-occlusive drépanocytaire aiguë (10)**
- Chez un probable enfant porteur d'une **drépanocytose homozygote (5)**

3°) Quelle en est la physiopathologie ? (10 points)

- **Mutation au niveau du 6ème codon du gène de la bêta-globine** avec substitution de l'adénine par la thymine **(2)**
- Au niveau protéique, **substitution de valine par l'acide glutamique (2)**
- **Falciformations des hématies** lors de situations à risque **(2)**
- **Ces hématies rigides se bloquent dans les petits vaisseaux, source d'infarctus douloureux (2) et sont phagocytées par les macrophages, source d'hémolyse (2)**

4°) Quels autres examens complémentaires peuvent vous être utiles ? (10 points)

- **Frottis sanguin (2)**
- **Echographie abdominale (1)**
- Selon présentation clinique :
  - **Echographie cardiaque (1)**
  - ECG (1)
  - **Clichés radiologiques centrés sur zones douloureuses (1)**
- Tests de dépistage des anomalies de l'hémoglobine : **test de solubilité d'Itano (1) et test de falciformation provoquée d'Emmel (1)**
- Test de confirmation des anomalies : **électrophorèse de l'hémoglobine (1) avec analyse qualitative et quantitative (1)**
- Mise en évidence de la mutation génétique : PCR, Southern blot…

5°) Qu'attendez-vous de trouver sur le frottis sanguin ? Et sur l'électrophorèse de l'hémoglobine ? (8 points)

Frottis sanguin :

- **Drépanocytes (1)**
- **Anisocytose (1)**
- Poikilocytose (1)
- **Polychromatophilie (1)**

Electrophorèse des protéines :

- **Hb A1 absente (1)**

- **Hb S majoritaire à 80 - 95% (1)**
- **Hb F entre 2 - 20% (1)**
- **Hb A2 normale (1)**

6°) Qu'aurait pu vous évoquer l'existence d'une microcytose et la présence d'une population d'hématies "cibles" ? (5 points)

Association à une thalassémie (5)

7°) Quels sont les principes de votre prise en charge ? (15 points)

Traitement curatif :

- **Lutter contre le facteur déclenchant** (1)
- **Hospitalisation, repos au chaud** (2)
- **Réhydratation** (2 et *si oubli ZERO*)
- **Antalgiques** (1)
- **Oxygénothérapie nasale** (2 et *si oubli ZERO*)

Traitement préventif :

- **Education du patient et de son entourage pour éviter les facteurs de risques** (2 et *si oubli ZERO*)
- Prévention des infections : suivi médical en cas de fièvre, **vaccinations et antibiothérapie prophylactique par Pénicilline quotidienne (3 et si oubli ZERO).**
- **En cas de situation à risque de crise drépanocytaire : transfusion d'échange pour diminuer le taux d'hémoglobine S** (1)
- **Prévenir une carence en folates (1)**

8°) Votre diagnostic était le bon. Les parents souhaitent d'autres enfants et veulent savoir quels sont les risques encourus et le suivi possible. (10 points)

Les 2 parents sont **hétérozygotes asymptomatiques HbA/HbS (1)**
Leurs enfants seront **HbA/HbA, HbS/HbA, HbS/HbA et HbS/HbS (4)**
Donc :

- **25% chances que l'enfant soit non atteint (1),**
- **50% de chances pour qu'il soit atteint hétérozygote asymptomatique (1)**
- **25% de chances pour qu'il soit atteint homozygote malade (1).**

Possible diagnostic anténatal par amniocentèse réalisée vers la 15eme semaine d'aménorrhée ou par biopsie de trophoblaste réalisée vers la 10eme semaine d'aménorrhée **(1).**
Interruption volontaire de grossesse peut être proposée aux parents dont le fœtus serait drépanocytaire homozygote **(1).**

9°) Quels sont les risques évolutifs chez ces patients ? (15 points)

Signes d'anémie hémolytique chronique :

- **Ictère (1)**
- **Splénomégalie (1)**
- **Lithiases vésiculaires (1)**
- **Retard de croissance et Signes osseux radiologiques (1)**

Accidents vaso-occlusifs :

- **Accidents vasculaires cérébraux ischémiques ou hémorragiques (1)**
- **Syndromes thoraciques (1)**
- Priapisme **(1)**
- **Crises douloureuses (1)**

Complications chroniques :

- **Infarctus spléniques (1)**
- **Myocardiopathies (1)**
- **Insuffisance rénale (1)**
- **Insuffisance respiratoire (1)**
- **Ostéonécroses aseptique de la tête fémorale (1)**
- **Infections (1 et si oubli ZERO car cause majeure de morbidité)**
- **Ulcération des jambes (1)**

COMMENTAIRES DU DOSSIER 52

1°) La plus fréquente hémoglobinopathie dans le monde, elle se rencontre selon une certaine distribution géographique :

- Prévalence faible : Afrique du Nord et du Sud
- Prévalence moyenne : Bassin méditerranéen, Moyen Orient, Indes
- Haute prévalence : Afrique équatoriale

2°) Facteurs favorisants la falciformation (en conditions hypoxiques, la désoxy-Hb S, qui est 50 fois moins soluble que la désoxy-HbA1, contracte des interactions avec les molécules voisines de l'hémoglobine) :

- Anoxie
- Acidose
- Déshydratation
- Hyperthermie
- Infections
- Injection de produits de contraste

7°) Indications de la transfusion :

- La transfusion simple n'est indiquée qu'en cas d'anémie aiguë ou devant une complication grave. Elle vise à rétablir le taux d'hémoglobine de base du patient.
- L'échange transfusionnel peut être indiqué en urgence (ex. accident vasculaire cérébral, thrombose rétinienne...) ou bien en prévention d'une crise vaso-occlusive préopératoire.

DOSSIER 53

Mme C., 63 ans, est amenée aux urgences par son fils ; elle est jaune à l'évidence et se plaint de douleurs sous-costales droites ; vous l'installez en box sans plus tarder : Pouls=87, TA=120/80 mmHg, T=38,1°C, saturation=97 % en air ambiant.

Patiente à l'état général altéré, l'auscultation cardio-pulmonaire retrouve des ronchi diffus, la palpation abdominale est douloureuse en hypochondre droit, sans défense ; les mollets sont souples et indolores, les aires ganglionnaires libres.
A l'interrogatoire du fils, celui-ci vous avoue que sa mère fume et boit beaucoup, particulièrement ces derniers temps...

1°)
a) Quel est le 1er diagnostic à éliminer ?
b) L'absence de défense ne l'élimine-t-il pas ?
c) Quels sont les diagnostics différentiels ?

2°) Quels examens complémentaires demandez-vous donc ?

3°) L'exploration morphologique de l'abdomen retrouve une voie biliaire fine et alithiasique, une vésicule normale, un foie dysmorphique, bosselé, un tronc porte perméable et de sens physiologique, ainsi que des voies de dérivation portales.
a) Quel est maintenant le diagnostic le plus probable?
b) Quel est le score permettant de l'affirmer?

4°) Ce score est très en faveur de votre diagnostic.
a) quelle est la maladie sous-jacente ici ?
b) comment la rechercher cliniquement ?

5°) Quel traitement "spécifique" est à votre disposition pour cette patiente?

6°) Quelle est la condition sine qua non à l'utilisation de ce traitement ?

7°) Ce traitement est mis en route ; à J+4, votre externe vous signale que Mme C. a des leucocytes à 22500... après avoir éliminé un sepsis, quelle(s) explication(s) lui donnez-vous ?

1°)
a) Quel est le 1er diagnostic à éliminer ?
b) L'absence de défense ne l'élimine-t-il pas ?
c) Quels sont les diagnostics différentiels ? (25 points)

a) **angiocholite aiguë (5) lithiasique (5)**

Association douleur+fièvre+ictère = triade de Charcot.

b) **NON (3)**

La défense n'est pas un élément classique du tableau clinique de l'angiocholite ; elle est très fréquente en revanche dans la cholécystite, tant et si bien qu'une défense palpée chez un malade suspect d'angiocholite signe très souvent une cholécystite associée(qui n'est pas si rare que ça...)

c) **abcès hépatique (3)** (qui peut très bien être associé à l'angiocholite d'ailleurs)
syndrome de Mirrizi (3) (classique mais rare, qui correspond à une cholécystite avec un œdème vésiculaire tellement important qu'il comprime le cholédoque)
Hépatite alcoolique aiguë (3), dans sa forme **grave (3)**.

2°) Quels examens complémentaires demandez-vous donc ? (15 points)

Examens morphologiques :
- **échographie abdominale (3)**
- radio thoracique

Examens biologiques :
- **NFS-plaquettes (3), VS, CRP (3)**
- **bilan hépatique (3)** complet (ce qui comprend la bilirubine et le TP rappelons-le)
- **hémocultures (3)** x 3, BU+/-ECBU
- alcoolémie
- ionogramme sanguin, urée, créatinine, albumine

3°) L'exploration morphologique de l'abdomen retrouve une voie biliaire fine et alithiasique, une vésicule normale, un foie dysmorphique, bosselé, un tronc porte perméable et de sens physiologique, ainsi que des voies de dérivation portales.
a) Quel est maintenant le diagnostic le plus probable ?
b) Quel est le score permettant de l'affirmer ? (10 points)

a) **hépatite alcoolique aiguë grave (5)**

b) score de **Maddrey (5)** = 4, 6 x (TP malade – TP témoin) + (bilirubine **totale**/17)
si > 32 =hépatite alcoolique aiguë sévère!

La bilirubine est exprimée en μmol/L

4°) Ce score est très en faveur de votre diagnostic.
a) quelle est la maladie sous-jacente ici ?
b) comment la rechercher cliniquement ? (25 points)

a) **cirrhose (3)**, **alcoolique (2)** probable

b) palpation hépatique :
- **foie dur (2)**
- bord inférieur tranchant

signes d'hypertension portale : (2)
- **splénomégalie (2)**
- **circulation veineuse collatérale (2)** épigastrique

signes d'insuffisance hépato-cellulaire (2) :
- **angiomes stellaires (2)**
- ongles blancs
- ictère
- hématomes

rechercher enfin des **signes de décompensation (2)** de la cirrhose, qui en général résultent de la conjonction de l'HTP et de l'insuffisance hépato-cellulaire :
- **encéphalopathie hépatique (2)** (rechercher un astérixis+++)
- **ascite (2)**
- **hémorragie digestive (2)** (toucher rectal+++)

La taille du foie n'est pas un argument pour ou contre la cirrhose, il peut être atrophique, hypertrophique, ou atropho-hypertrophique...

5°) Quel traitement "spécifique" est à votre disposition pour cette patiente ? (10 points)

Corticothérapie systémique (10)

Voie orale, posologie = 40 mg/jour, durée = 1 mois (sous réserve d'une certaine efficacité)

6°) Quelle est la condition sine qua non à l'utilisation de ce traitement ? (5 points)

Confirmation **histologique (5)** de l'hépatite alcoolique
Ponction-biopsie hépatique, par voie trans-jugulaire le plus souvent, en raison des troubles de l'hémostase fréquents

Elle retrouve :
-les signes d'hépatite alcoolique aiguë=>nécrose hépatocytaire, corps de Mallory, infiltrats à polynucléaires neutrophiles...
-les signes de cirrhose=>fibrose annulaire, individualisant des nodules de régénération

7°) Ce traitement est mis en route ; à J+4, votre externe vous signale que Mme C. a des leucocytes à 22500... après avoir éliminé un sepsis, quelle(s) explication(s) lui donnez-vous? (10 points)

Effet de la **corticothérapie (5)** (=démargination des leucocytes)
Conséquence directe de **l'hépatite alcoolique (5)** (et ceci est valable pas seulement dans les formes sévères)

Il existe des formes d'hépatites alcooliques aiguës graves dites "leucémoïdes", avec des hyper-leucocytoses pouvant atteindre 50 000 GB/mm^3 ; celles-ci sont de pronostic dramatique, avec une mortalité décrite jusqu'à 80 % à 2 mois.

DOSSIER 54

Mlle X., 26 ans, consulte aux urgences pour fièvre et frissons au retour d'un séjour en Asie.
Elle n'a pas d'antécédent particulier, et ne prend aucun traitement à domicile (notamment pas de prophylaxie antipaludéenne).
Elle revient d'un séjour dans un village cambodgien où elle a participé à une opération humanitaire (construction d'un dispensaire).
Depuis 2 jours sont apparus une fièvre à 40°C et des douleurs abdominales accompagnées de nausées et de vomissements incœrcibles.

1°) Quels sont les éléments à rechercher lors de l'interrogatoire et à l'examen clinique en faveur d'une infection par le virus de la grippe aviaire ?

2°) S'il s'agissait d'un cas possible de grippe aviaire et que vous décidiez d'hospitaliser cette patiente, quelles seraient les mesures de prévention de la transmission à mettre en place ?

3°) Finalement, vous réalisez un frottis en urgence qui retrouve du *Plasmodium Falciparum*. Quels sont les critères de gravité clinique et biologique à rechercher ?

4°) Quel traitement instaurez-vous ?

5°) Quels conseils donnez-vous à la patiente pour ses futurs voyages au Cambodge ?

1°) Quels sont les éléments à rechercher lors de l'interrogatoire et à l'examen clinique en faveur d'une infection par le virus de la grippe aviaire ? (15 points)

- Séjour en **zone à risque** : Vietnam, Thaïlande ou Cambodge **(2)**
- **Syndrome respiratoire aigu** (dyspnée et/ou toux) **(2)**
- **Fièvre** > 38°C **(2)**
- **Syndrome grippal** (céphalées, crampes, myalgies) **(2)**
- **Ecoulement nasal (2)**
- **Conjonctivite (2)**
- Contact dans **les 7 jours précédant** le début des signes avec des animaux ou des humains infectés ou présumés infectés par le virus H_5N_1 (contact prolongé, répété et/ou à moins d'un mètre avec des volatiles vivants ou morts) **(3)**

2°) S'il s'agissait d'un cas possible de grippe aviaire et que vous décidiez d'hospitaliser cette patiente, quelles seraient les mesures de prévention de la transmission à mettre en place ? (5 points)

Bien qu'à ce jour aucun cas de transmission interhumaine du virus n'ait été démontré, il est recommandé d'appliquer :

- Précautions « **standard** » durant le transport et l'hospitalisation **(2)**
- Précautions « gouttelettes » : **chambre seule (1)**, patient muni d'un **masque chirurgical** lors de ses déplacements **(1)**, **personnel soignant porte un masque** FFP1 lorsqu'il s'approche à moins d'un mètre du patient **(1)**.

3°) Finalement, vous réalisez un frottis en urgence qui retrouve du Plasmodium Falciparum. Quels sont les critères de gravité clinique et biologique à rechercher ? (30 points)

- **Neuropaludisme** (score de Glasgow < 10) **(3)**
- **Anémie profonde** (hémoglobine < 5 g/dl ou hématocrite < 15%) **(3)**
- **Insuffisance rénale aiguë** (créatininémie > 265 μmol/L, diurèse < 400 ml/24h) **(3)**
- **Œdème pulmonaire lésionnel** ou SDRA **(3)**
- **Hypoglycémie** (< 2,2 mmol/l) **(3)**
- Etat de **choc (3)**
- **Hémorragie spontanée** et/ou CIVD **(3)**
- **Convulsions** généralisées répétées **(3)**
- **Acidose métabolique** (pH < 7,25 ou bicarbonates < 15 mmol/l) **(3)**
- **Hémoglobinurie macroscopique (3)**

4°) Quel traitement instaurez-vous ? (30 points)

- **Hospitalisation** en médecine **(3)**
- **Quinine par voie intra-veineuse (15)** (car vomissements+++ Si choix de la voie orale: 0 à la question)
- **Glucosé 5% (2)**
- **Rééquilibration hydro-électrolytique (2)**
- **Traitement symptomatique des nausées (2)**
- **Antalgiques non antipyrétiques (2)**
- **Surveillance ECG (2) et glycémie capillaire (2)**

5°) Quels conseils donnez-vous à la patiente pour ses futurs voyages au Cambodge ? (20 points)

Pas de vaccination obligatoire. Il peut néanmoins être conseillé de pratiquer les vaccins contre la **typhoïde (1)**, **l'hépatite A et B (1)**, l'encéphalite japonaise et le BCG.

Ne pas boire l'eau du robinet. La filtrer et la faire bouillir avant consommation ou préférer les eaux en bouteille capsulées **(2)**.

Lavage des mains fréquent, notamment avant les repas **(2)**
Eviter de manger du poisson cru et de la viande crue, notamment des volailles **(2)**.

Prophylaxie antipaludéenne par :

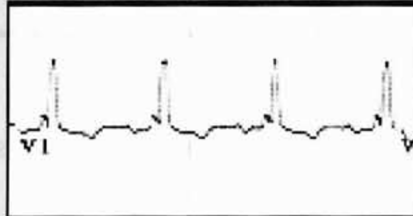
- **Lutte anti-vectorielle (5)** (moustiquaire imprégnée, répulsifs, port de manches longues, etc.),
- **Méfloquine (3)** à débuter 10 jours avant le départ (pour évaluation de la tolérance) et à poursuivre 4 semaines après le retour ou **Malarone (2)**, à débuter le jour du départ et à poursuivre 7 jours après le retour.

Prévention des maladies sexuellement transmissibles par rapports protégés (2).

DOSSIER 55

Vous recevez aux urgences, juste avant d'aller dîner avec votre externe, Mlle Hélène L., pour une tentative d'autolyse par intoxication volontaire de médicaments. Elle a été retrouvée par son ami, inconsciente avec près d'elle des boîtes vides d'Anafranil® et de Lysanxia®.

L'examen clinique rapide aux urgences vous fournit les renseignements suivants :
- **Tension artérielle : 120/75 mmHg, fréquence cardiaque 80/min**
- **Température corporelle : 37,3°C**
- **L'auscultation cardiopulmonaire est normale de même que l'examen du tégument**
- **La patiente est confuse, ouvre les yeux à la douleur, sa réponse motrice est orientée à la douleur et elle émet des sons incompréhensibles. Les pupilles sont normales et réactives.**
- **Un ECG a été réalisé :**



1°) L'infirmière prépare une injection de Flumazenil. Qu'en pensez-vous ?

2°) Quel est le score de Glasgow d'Hélène ?

3°) Quels sont les effets physiopathologiques de l'Anafranil® sur le cœur ?

4°) Interprétez l'ECG. Quels sont les autres troubles électriques que l'on peut rencontrer en cas d'intoxication à l'Anafranil® ?

5°) Quel est votre bilan ?

6°) Quelle est votre prise en charge ?

1°) L'infirmière prépare une injection de Flumazenil. Qu'en pensez-vous ? (15 points)

Le Flumazenil-Anexate® est **l'antidote des benzodiazépines (5)**.
Il pourrait être donné si l'intoxication est uniquement au Lysanxia®.
Dans le cas présent la **co-intoxication avec un tricyclique contre-indique l'utilisation (5)** de l'Anexate® car il existe **un risque de convulsions (5)**

2°) Quel est le score de Glasgow d'Hélène ? (12 points)

- Yeux : 2
- Moteur : 5
- Verbal : 2

Total : Score de **Glasgow=9 (13 si tout est correct)**

3°) Quels sont les effets physiopathologiques de l'Anafranil® sur le cœur ? (16 points)

Effet stabilisant de membrane (4)

- effet **inotrope négatif (3)**
- effet **dromotrope négatif (3)** : allongement des temps de conduction à tous les étages (auriculaire, auriculoventriculaire, ventriculaire) ;
- effet **chronotrope négatif : (3)** bradycardie
- effet **proarythmogène (3)**

4°) Interprétez l'ECG. Quels sont les autres troubles électriques que l'on peut rencontrer en cas d'intoxication à l'Anafranil® ? (16 points)

Rythme **sinusal (2)**
Aspect d'onde **R exclusive en V1 (2)**, **QRS élargi > 0, 12s (4)**
Bloc de branche complet droit. (4)

On peut également voir :

- **Bloc auriculo-ventriculaire (2)**
- **Extrasystole ventriculaire (2)**
- **Torsade de pointe, tachycardie ventriculaire (2)**

5°) Quel est votre bilan ? (18 points)

En urgence
Biologie : NFS, plaquettes, **ionogramme (3)**, urée, **créatinine (3)**, **recherche de toxique (3)**, **CPK (3)**, LDH,
Gaz du sang (3)
Radiographie de thorax (3)
ECG

6°) Quelle est votre prise en charge ? (22 points)

Urgence (2) médicale
Hospitalisation en **réanimation (3)**
Liberté des voies aériennes supérieures (2)
Oxygénothérapie (2)
Mise sous scope cardio-tensionel, (2)
Pose d'une voie veineuse et
Lavage gastrique après intubation de la patiente (3)
Perfusion de **lactate de sodium ou de bicarbonate de sodium molaires (2)**, à raison de 250 mL avec 2 g de **KCl par flacon (2)** de 250 mL perfusés en 30 minutes et éventuellement renouvelés.
Correction des troubles hydro-électrolytiques (kaliémie) (2)
Prévention des complications de décubitus
Avis psychiatrique (3 pas mis ZERO)
Surveillance (1)

DOSSIER 56

Vous recevez en consultation aux urgences Mme C., 59 ans, pour une baisse de l'acuité visuelle droite. Elle est apparue brutalement et sans douleur. Lors de votre interrogatoire, vous retrouvez :
- **une hypertension artérielle non traitée**
- **une insuffisance veineuse chronique**
- **une myopie côtée à 9 dioptries depuis qu'elle a 20 ans**

Les troubles ont commencé par des impressions de mouches volantes devant les yeux et des éclairs blancs dans le champ temporal droit se répétant depuis quelques jours. Ce matin, en se réveillant, Mme C., décrit un voile noir temporal droit qui s'étend progressivement.

Votre examen ophtalmologique de l'œil droit met en évidence :
- **un œil blanc, indolore avec une baisse de l'acuité visuelle**
- **un scotome aux limites nettes dans le champ temporal droit**
- **la chambre antérieure est calme**
- **la tension oculaire est normale**

Vous pensez à un décollement de rétine.

1°) Comment expliquez-vous la succession des signes oculaires ? Que manque-t-il à l'examen ophtalmologique ?

2°) Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer devant une baisse de l'acuité visuelle unilatérale sur un œil blanc ?

3°) Quels sont les facteurs de risque de cette pathologie et ceux de bon pronostic ?

4°) Quels vont être les principes du traitement ?

5°) Par la suite, vous recevez en urgence un patient de 34 ans qui consulte pour douleurs oculaires et photophobie. Il vient de recevoir de l'ammoniac dans les yeux. Grâce à un collyre anesthésique, vous lui ouvrez les paupières et vous apercevez un cercle périkératique, un ulcère cornéen à droite. Quel est le reste de votre prise en charge immédiate et à court terme ?

1°) Comment expliquez-vous la succession des signes oculaires ? Que manque-t-il à l'examen ophtalmologique ? (18 points)

Les **myodésopsies (2)** sont secondaires au **décollement postérieur du vitré** (2).
Les **phosphènes (2)** sont secondaires à la **traction du vitré sur la rétine (2)**.
L'**amputation du champ visuel (2)** est secondaire au décollement de la rétine, la **baisse de l'acuité visuelle (2)** est secondaire à l'**atteinte de la macula. (2)**

Il manque l'**examen de l'œil contro-latéral. (4)**

2°) Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer devant une baisse de l'acuité visuelle unilatérale sur un œil blanc ? (14 points)

Déficit partiel :

- **névrite optique aiguë rétro-bulbaire (2)**
- **occlusion de la veine centrale de la rétine (2)**
- **maculopathie (2)**

Déficit total :

- **occlusion de l'artère centrale de la rétine (2)**
- **ischémie aiguë antérieure de la tête du nerf optique (2)**
- **traumatisme du nerf optique (2)**
- **hémorragie intra-vitréenne totale (2)**

3°) Quels sont les facteurs de risque de cette pathologie et ceux de bon pronostic ? (19 points)

Facteurs de risque :

- **Myopie (1)**
- **Aphakie (1)**
- **Contusion oculaire (1)**
- **Uvéite postérieure et hyalite (1)**
- **Antécédents familiaux (1)**
- **Sénescence (1)**
- **Décollement contro-latéral (1)**

Facteurs de bon pronostic :

- **Décollement récent (2), unilatéral (2)**
- **Pas d'atteinte maculaire (3)**
- **Rétine mobile (1)**
- **Décollement complet du vitré(1)**
- **Déchirure unique, de petite taille (1)**
- **Vitré non remanié, sans prolifération vitro-rétinienne ni hémorragie (2)**

4°) Quels vont être les principes du traitement ? (14 points)

Hospitalisation en **urgence (2)**
Repos au lit en **décubitus latéral droit (2)**
Prévenir la patiente des séquelles éventuelles (2)
Mise au repos de l'œil : **collyre mydriatique (2)**

Traitement chirurgical pour :
Obturer les déhiscences : cryoapplication au niveau de la déhiscence (2)
Indentation externe épisclérale en regard de la déhiscence, voire cerclage (2)

Traitement de l'œil adelphe en cas de lésion (2)
Surveillance

En cas de décollement de rétine n'ayant pas encore décollé la macula, il est préférable que le patient soit en décubitus latéral (droit pour un décollement droit). Le traitement doit alors être effectué en urgence avant que la macula soit décollée.

5°) Par la suite, vous recevez en urgence un patient de 34 ans qui consulte pour douleurs oculaires et photophobie. Il vient de recevoir de l'ammoniac dans les yeux. Grâce à un collyre anesthésique, vous lui ouvrez les paupières et vous apercevez un cercle périkératique, un ulcère cornéen à droite. Quel est le reste de votre prise en charge immédiate et à court terme ? (35 points)

Immédiatement :
- **Lavage abondant et prolongé au sérum physiologique (5)** des deux yeux et notamment des voies lacrymales
- **Instillation de collyre anesthésique (2)**
- **Pansement oculaire afin de limiter le frottement palpébral (2)**
- **Ablation des corps étrangers (2)**

Par la suite :
Pendant au moins de semaines, pour les deux yeux :
- **Collyre antibiotique (3)** : Ciloxan®
- **Collyre mydriatique (3)**: Mydriaticum®
- **Collyre cicatrisant (3)** : Euronac®
- **Collyre anti-inflammatoire (3)** : Maxidrol®
- **Pommade à la vitamine A (3)**
- **Pansement oculaire (3)**

Antalgiques généraux per-os (3)
Mise à jour du statut vaccinal contre le tétanos (3)
Surveillance régulière

La ponction de chambre antérieure en urgence permet d'éliminer plus de produit caustique, améliore le pronostic et permet d'estimer le pH.

DOSSIER 57

Mme P 78 ans est adressée aux urgences pour une chute de sa hauteur à son domicile.

Elle n'a pu se relever et présente une vive douleur de la hanche droite avec une impotence fonctionnelle totale. Il existe un raccourcissement du membre inférieur droit avec une rotation externe du pied.

Elle présente comme antécédents : une hypertension artérielle traitée par βbloquants, un diabète non insulinodépendants traité par metformine, une cataracte de l'œil droit opérée et une hystérectomie pour cancer il y a 25 ans.

1°) Quels sont les facteurs de chute chez le sujet âgé ?

2°) Interprétez la radiographie fournie. Quel est votre diagnostic ?

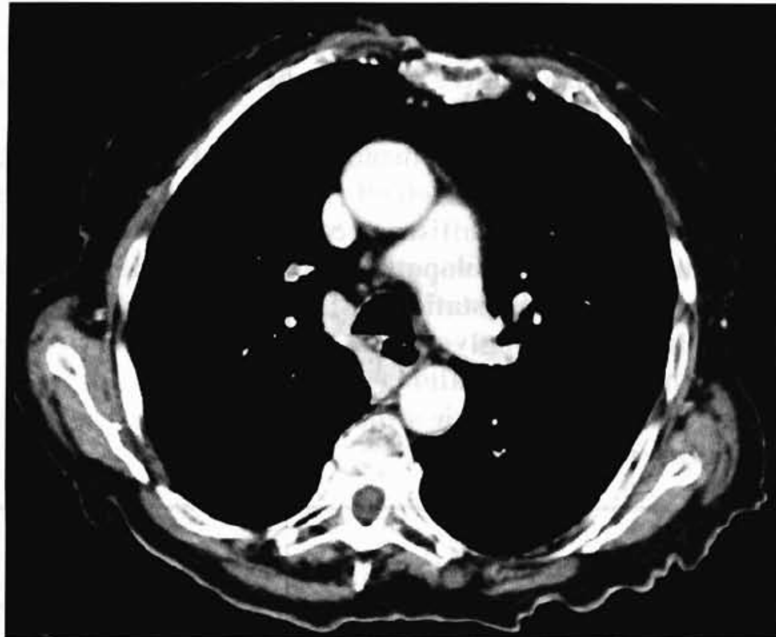
3°) Quelle est votre attitude thérapeutique ?

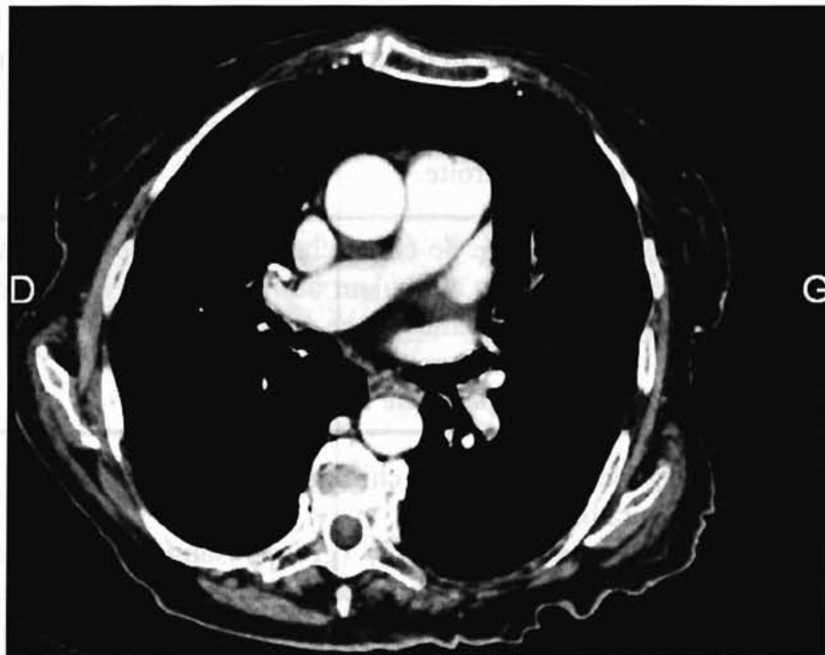
4°) Quelle est la durée de consolidation d'une telle fracture ?

5°) Une semaine après le traumatisme, Mme X se plaint d'une dyspnée avec une douleur basithoracique oppressante. Elle est pâle, sa pression artérielle est mesurée à 90/60 mmHg, elle est tachycarde à 120/min. Elle présente un œdème du membre inférieur droit. Quelles sont vos 2 hypothèses diagnostiques et que faites-vous pour les confirmer ?



6°) Vous réalisez un scanner thoracique. Interprétez-le.





7°) Quelles sont vos mesures thérapeutiques ?
8°) Quelles sont les autres complications de ce type de fracture ?

1°) Quels sont les facteurs de chute chez le sujet âgé ? (14 points)

- **Diminution de l'acuité visuelle (1)** : cataracte, glaucome, dégénérescence maculaire
- Causes ostéo-articulaires : **ostéoporose (1)**, coxarthrose, gonarthrose, arthrose rachidienne
- Causes neurologiques : démence, **accident vasculaire cérébral (1)**, maladie de Parkinson, **canal lombaire étroit (1)**, myélopathie arthrosique
- Causes cardiaques : insuffisance cardiaque, **troubles du rythme (21)**, **bloc auriculo-ventriculaire (1)**, **valvulopathie (1)** (rétrécissement aortique calcifié), **malaise vagal (1)**, **hypotension orthostatique (1)**, **traitement antihypertenseur (1)**
- Métaboliques : **hypoglycémie (1)** par dénutrition, traitement antidiabétique oral, dyskaliémies, **déshydratation (1)**, anémie
- **Cadre de vie inadapté, vie seule (2)**
- **Iatrogénie (1)**

2°) Interprétez la radiographie fournie. Quel est votre diagnostic ? (12 points)

Radiographie de la hanche droite **de face (2)**

Fracture de l'extrémité supérieure du fémur droit (2) intéressant le massif trochantérien avec un **trait oblique en bas et en dedans du grand (2)** vers le petit trochanter, **coxarthrose (2)**

Fracture **pertrochantérienne (4)** droite.

Les données cliniques : contexte de chute chez une femme âgée, avec attitude vicieuse raccourcissement/rotation interne et douleur au niveau de la hanche droite associée à une impotence fonctionnelle dans les suites d'une chute mécanique

3°) Quelle est votre attitude thérapeutique ? (20 points)

Hospitalisation en **urgence (2)** en milieu chirurgical
Prise en charge pré-opératoire :
Bilan et consultation anesthésique (2) (groupe sanguin ABO, détermination Rhésus, recherche d'agglutinines irrégulières, numération formule sanguine plaquettes, hémostase (TP, TCA), ionogramme sanguin, urée sanguine, créatinémie, électrocardiogramme, radiographie du thorax, consultation d'anesthésie),
Mise en traction du membre inférieur droit (2), **antalgique (2)** par voie intraveineuse
Arrêt de la metformine, relais par insulinothérapie
Poursuite des βbloquants
Traitement chirurgical :
Réduction sur table orthopédique (3) de la fracture puis **ostéosynthèse (3)** par clou _ ou par vis plaque, contrôle de la réduction et du montage à l'amplificateur de brillance

Prévention des complications de décubitus et de la maladie thromboembolique (2) par héparine de bas poids moléculaire : enoxaparine 4000 UI anti Xa/24h avec surveillance hebdomadaire des plaquettes
Remise en appui précoce au 3ème jour (2) et **rééducation (2)**
Surveillance

4°) Quelle est la durée de consolidation d'une telle fracture ? (6 points)

45 jours à 3 mois (6)

5°) Une semaine après le traumatisme, Mme X se plaint d'une dyspnée avec une douleur basithoracique oppressante. Elle est pâle, sa pression artérielle est mesurée à 90/60 mmHg, elle est tachycarde à 120/min. Elle présente un œdème du membre inférieur droit. Quelles sont vos 2 hypothèses diagnostiques et que faites-vous pour les confirmer ? (11 points)

Infarctus du myocarde (3)
Embolie pulmonaire (3)

Les examens à réaliser : **électrocardiogramme (1), gaz du sang (1), radiographie du thorax (1)**, numération formule sanguine et hémostase (TP, TCA), **échographie doppler veineux des membres inférieurs (1), troponine Ic et CPK Mb (1)**, urée sanguine, ionogramme sanguin, créatinémie

6°) Vous réalisez un scanner thoracique. Interprétez-le. (9 points)

Angioscanner (2) thoracique retrouvant des **thrombi dans les troncs de deuxième ordre de l'artère pulmonaire (2)** confirmant le diagnostic d'**embolie pulmonaire (5)**

7°) Quelles sont vos mesures thérapeutiques ? (14 points)

Anticoagulation à dose efficace (2) : héparine standard par voie intraveineuse 50 à 100 UI/kg (2) puis à la seringue électrique 500 UI/kg/24h pour maintenir un TCA entre 2 et 3 fois le témoin (2)
Relais par antivitamines K (2) par voie orale : fluindinone préviscan 20 mg 1/2 cp/24h avec un contrôle du TP, INR toutes les 48h pour un INR entre 2 et 3, à équilibration du traitement par antivitamines K arrêt de l'héparine. Ce traitement antivitamines K sera poursuivi pour une durée de 6 mois
Déambulation autorisée à partir de la 72ème heure, **bas de contention (2)**
Oxygénothérapie nasale (2), correction d'une éventuelle anémie post-opératoire
Surveillance clinique (2) et paraclinique : persistance de la dyspnée et de la douleur thoracique, cyanose, signes cardiaques droits, gaz du sang, électrocardiogramme, radiographie du thorax, TCA et INR, numération formule sanguine plaquettes, fonction rénale

8°) Quelles sont les autres complications de ce type de fracture ? (14 points)

Complications mécaniques : pseudarthrose (1), déplacements secondaires (2), cals vicieux, démontage/migration du matériel d'ostéosynthèse (1), infections cutanées (2) et du matériel d'ostéosynthèse, fracture sur matériel d'ostéosynthèse (2)
Complications de décubitus : infection urinaire (1), décompensation cardiaque ou respiratoire (1), surinfection broncho-pulmonaire, escarres (2) (talon, sacrum), syndrome de glissement (2), désorientation, agitation, refus d'alimentation

COMMENTAIRES DU DOSSIER 57



Radiographies post-opératoires :
Plaque DHS pour le traitement de cette fracture per-trochantérienne Face et Profil

5°) Pour l'IDM : douleur atypique mais oppressante avec une dyspnée, traitement par β bloquants et diabète traité pouvant masquer des douleurs angineuses, la pâleur peut être en rapport avec une anémie post-opératoire favorisant la crise angineuse.
Pour l'embolie pulmonaire : douleur thoracique survenant en post-opératoire d'une chirurgie thrombogène, avec dyspnée, hypotension, tachycardie, l'œdème du membre inférieur droit doit faire suspecter une phlébite du membre inférieur droit

DOSSIER 58

Vous voyez Mme E. en consultation ; cette charmante dame de 68 ans se plaint de douleurs au genou droit depuis environ 3 jours ; celles-ci sont apparues sans prévenir, sans facteur déclenchant retrouvé à l'interrogatoire, notamment traumatique.
Dans ses antécédents : appendicite aiguë dans l'enfance, hypertension artérielle depuis 10 ans ; enfin Mme E. se dit « plus fatiguée » depuis quelques années, sans explication claire autre qu'une dépression, pour laquelle elle est traitée par Prozac®, sans grande efficacité d'ailleurs, sur son asthénie...
A l'examen :
- **Patiente en bon état général, peau mate,**
- **Genou droit tuméfié, chaud, un peu rouge, douloureux à la mobilisation**
- **Le reste de l'examen articulaire et général est sans particularité...**

1°) Quel est le 1er geste à réaliser ? Quelles en sont les contre-indications absolues ?

2°) Quel diagnostic suspectez-vous d'emblée ici ? Que retrouverez-vous dans ce cas à l'issue de la question n°1 ?

3°) Quels sont les diagnostics différentiels à envisager ?

4°) Quels examens complémentaires demandez-vous dans l'optique de l'hypothèse diagnostique principale ? Qu'en attendez-vous ?

5°) Votre hypothèse diagnostique principale est confirmée ; quelles sont les autres formes cliniques de la maladie ?

6°) Quelles sont les principales étiologies à rechercher ? Laquelle suspectez-vous chez Mme E. ?

7°) Quel est votre traitement de l'épisode actuel ?

1°) Quel est le 1er geste à réaliser ? Quelles en sont les contre-indications absolues ? (10 points)

1er geste = **ponction articulaire (4)** du genou droit :
- à visée exploratrice = analyse cytologique, biochimique et bactériologique du liquide articulaire
- +/- à visée évacuatrice, et donc antalgique

2 contre-indications absolues :
- **trouble sévère de l'hémostase (3)**
- **sepsis cutané en regard (3)**

1 contre-indication relative = articulation prothésée

2°) Quel diagnostic suspectez-vous d'emblée ici ? Que retrouverez-vous dans ce cas à l'issue de la question n°1 ? (15 points)

Crise aiguë mono-articulaire de **chondrocalcinose articulaire (9)** du genou droit
Liquide articulaire :
- **inflammatoire (2)** : >1500 polynucléaires
- présence **micro-cristaux (2)**, intra- et extra-cellulaires, bâtonnets à bouts carrés, assez courts (2 à 20 μ), peu ou pas biréfringents en lumière polarisée ; si doute = dissolution à l'EDTA calcique.
- **aseptique (2)**

3°) Quels sont les diagnostics différentiels à envisager ? (10 points)

Crise de **goutte (5)**
Arthrite septique (5) (= à envisager devant tout mono-arthrite aiguë de principe)

Puis :
- rhumatisme à hydroxyapatite
- rhumatisme inflammatoire
- hémarthrose...

4°) Quels examens complémentaires demandez-vous dans l'optique de l'hypothèse diagnostique principale ? Qu'en attendez-vous ? (20 points)

Radiographies articulaires (5) :
- 2 genoux de face et de profil (+/- incidence axiale à 30° de flexion)
- bassin de face
- 2 mains + poignets, de face (ligament triangulaire +++)

= recherche systématique d'une **calcification cartilagineuse (5)** (quasi-pathognomonique de la maladie) sous la forme d'un liseré opaque ; ces 3 articulations doivent toujours être explorées ainsi en cas de suspicion de CCA, même si elles sont asymptomatiques.

Bilan biologique :
- **NFS-plaquettes, VS, CRP (5)** : recherche d'un **syndrome inflammatoire (5)**
- +/- bilan étiologique d'emblée = calcémie, phosphorémie, bilan martial (fer, ferritinémie, voire coefficient de saturation de la transférine)

5°) Votre hypothèse diagnostique principale est confirmée ; quelles sont les autres formes cliniques de la maladie ? (10 points)

Forme **poly-articulaire sub-aiguë (5)**
Forme **chronique** (5)
Forme destructrice et/ou associée à de l'arthrose

6°) Quelles sont les principales étiologies à rechercher ? Laquelle suspectez-vous chez Mme E. ? (15 points)

La chondrocalcinose articulaire est idiopathique près de 9/10 fois
De nombreuses étiologies ont été rapportées mais 2 d'entre elles dominent et doivent être recherchées systématiquement :

- **l'hyperparathyroïdie (5)**
- **l'hémochromatose (5)**

Mme E. est suspecte d'hémochromatose (5) car :

- asthénie chronique inexpliquée
- mélanodermie

7°) Quel est votre traitement de l'épisode actuel ? (20 points)

Traitement **symptomatique (5)** :

- **anti-inflammatoires non stéroïdiens (5)** (très efficaces dans cette indication) **avec protection gastrique (2)** par inhibiteurs de la pompe à protons ; exemple = Profénid® + Inexium®
- antalgiques périphériques ; exemple = Dafalgan®-Paracétamol
- **repos articulaire (5)**

Surveillance (3), essentiellement clinique, de l'évolution favorable des douleurs.

DOSSIER 59

Vous voyez en consultation Kevin, 4 ans, sans antécédent notable ; ses vaccinations sont à jour. Sa mère vous l'amène car depuis 2 jours, Kevin refuse de marcher ou boite lors des tentatives de marche, lui qui est si dynamique d'habitude.
Votre interrogatoire ne retrouve rien de particulier en dehors d'une rhino-pharyngite banale dans les jours précédents.
A l'examen : poids = 16,2 kilos (stable par rapport à la dernière consultation d'il y a 2 mois), température = 37,5°C, enfant en bon état général, examen du tégument normal, la mobilisation de la hanche droite est douloureuse, limitant ainsi l'amplitude des mouvements. Le reste de l'examen général est sans anomalie.

1°) Quel est le diagnostic le plus probable ?

2°) Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer ?

3°) Quel est ainsi le bilan para-clinique à effectuer ?

4°) On décide de retenir le diagnostic de la question 1. Quels sont les principes du traitement ?

5°) En cas de persistance des symptômes après plusieurs semaines d'un traitement bien conduit ou de rechute, quel sera le diagnostic à privilégier ?

6°) Quelle serait alors la principale complication à craindre ?

1°) Quel est le diagnostic le plus probable ? (20 points)

Rhume de hanche (15) droit (5)
Ou synovite aiguë transitoire de hanche droite

2°) Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer ? (24 points)

Arthrite septique (3) / ostéomyélite aiguë (3) (mais en général très fébriles ++)
Pathologie **traumatique (3)** (chute, maltraitance..)
Pathologie **inflammatoire (3)** (maladie rhumatismale ; ex = maladie de Kawasaki, arthrite réactionnelle…)
Pathologie **tumorale (3)** = leucémie aiguë, tumeur osseuse solide primitive ou secondaire (neuroblastome métastatique) mais en général, il s'agit d'une atteinte persistante ou récidivante.
Pathologie **neurologique (3)** ou **musculaire (3)**
Pathologie **constitutionnelle (3)** (Drépanocytose), iatrogène post-quinolones

L'ostéochondrite débutante peut toujours être évoquée, mais à J-2 cela paraît un peu tôt.

3°) Quel est ainsi le bilan para-clinique à effectuer ? (11 points)

Bilan **biologique (2)** : (non systématique dans le tableau présenté) **numération-formule sanguine et plaquettes, VS, CRP (3)** => l'absence de syndrome inflammatoire rend peu probable une arthrite septique, inflammatoire, voire tumorale ; la normalité de la NFS-plaquettes réfute quasiment une leucémie aiguë.

Bilan d'imagerie (avec protège-gonades pour les radios) :

- **radio du bassin de face (2)**
- **radio des 2 hanches (2)** (de profil ou en "grenouille" selon l'âge).
- ⇨ normale (le plus souvent) n'élimine pas le diagnostic ; peut retrouver des signes indirects d'épanchement intra-articulaire ; écarte un autre diagnostic (fracture, tumeur..)
- **échographie des 2 hanches (2)** => peut objectiver un épanchement intra-articulaire modéré et guide une éventuelle ponction.

La scintigraphie voire l'IRM pratiquées pour éliminer une autre pathologie sont négatives dans ce contexte.

4°) On décide de retenir le diagnostic de la question 1. Quels sont les principes du traitement ? (15 points)

Hospitalisation non systématique (Le plus souvent non nécessaire)
Repos (3), voire **mise en traction (3)**
Antalgiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens (3)
Reprise progressive de la marche (3)
Surveillance +++, systématique, clinique et radiologique à 6 semaines (3)

5°) En cas de persistance des symptômes après plusieurs semaines d'un traitement bien conduit ou de rechute quel sera le diagnostic à privilégier ? (15 points)

Ostéochondrite primitive (15)
de la hanche droite (10 % des cas) (Maladie de Legg-Perthes-Calvé)

6°) Quelle serait alors la principale complication à craindre ? (15 points)

Coxarthrose (10) secondaire (5), par *coxa plana*

DOSSIER 60

M. X., 30 ans, est amené aux urgences par les pompiers à la suite d'un accident de la voie publique en moto avec incarcération de sa jambe droite.

Il ne présente aucun antécédent médico-chirurgical.

Il n'a pas perdu connaissance, sa pression artérielle est mesurée à 110/60 mmHg, son pouls est régulier à 75/min. Il présente un raccourcissement et une déformation de la jambe droite, avec une rotation externe de la cheville droite avec une vive douleur. L'examen neurologique retrouve un score de Glasgow à 15, l'absence de déficits sensitivomoteurs, de syndrome pyramidal ou extrapyramidal, les paires crâniennes sont normales. L'examen abdominal est sans particularité.
L'examen vous oriente vers une fracture de jambe droite.

1°) Que recherchez-vous à l'examen clinique ?

2°) Vous retrouvez une large ouverture avec une perte de substance de la face antéro-externe de la jambe droite, avec un fragment tibial exposé. A quel stade de la classification de Cauchoix et Duparc appartient cette fracture ? Rappelez brièvement cette classification.

3°) Quels examens radiologiques demandez-vous ?

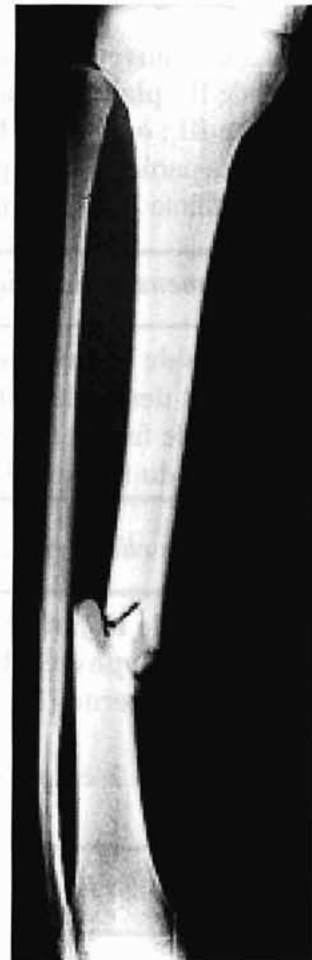
4°) Interprétez le cliché radiologique.

5°) Quel est votre traitement immédiat ?

6°) Quelles autres mesures doivent être associées ?

7°) M. X. revient vous voir en consultation trois mois plus tard, il a commencé à remarcher, il présente un écoulement purulent au niveau de la plaie avec des douleurs à l'appui. Quel est votre diagnostic et comment le confirmer ?

8°) Quelles sont les complications possibles de ce type de fracture ?



1°) Que recherchez-vous à l'examen clinique ? (10 points)

Bilan cutané : **fracture ouverte ou fermée (2)**, examen des lésions pouvant évoluer vers une nécrose cutanée secondaire (contusion, décollement, phlyctènes), fragments osseux
Bilan vasculo-nerveux (2) : recherche comparative aux deux membres inférieurs des pouls fémoraux, poplité, pédieux, tibial postérieur, chaleur et coloration du pied, recherche d'un **traumatisme du nerf sciatique poplité externe (2)** (sensibilité de la face dorsale du gros orteil et de la motricité du releveur du gros orteil)
Vaccination antitétanique (2)
Examen des articulations sus et sous-jacentes (2)

2°) Vous retrouvez une large ouverture avec une perte de substance de la face antéro-externe de la jambe droite, avec un fragment tibial exposé. A quel stade de la classification de Cauchoix et Duparc appartient cette fracture ? Rappelez brièvement cette classification. (11 points)

- **Stade III B (5)** de la classification de Cauchoix et Duparc

- Stade I **: ouverture punctiforme ou linéaire (2)**
- Stade II : **plaie suturable sans tension (2)**
- Stade III : **ouverture large non suturable sans tension et ou perte de substance (2)**
  A : les parties molles peuvent recouvrir la plaie après parage
  C : atteinte artérielle nécessitant un geste de revascularisation

3°) Quels examens radiologiques demandez-vous ? (9 points)

Radiographies de la jambe droite de face (3) et de profil
Radiographies des articulations sus et sous-jacentes (3) : genou droit de face et de profil, cheville droite de face et de profil
Radiographies du thorax (3)

4°) Interprétez le cliché radiologique. (10 points)

Radiographies de la jambe droite face (4) retrouvant une fracture spiroïde (2) du tiers inférieur de la diaphyse tibiale (2) avec un chevauchement des deux fragments tibiaux, une angulation externe (2)

Pas de lésions des 2 épiphyses tibiales ni des articulations tibiotarsiennes inférieures ni du genou

5°) Quel est votre traitement immédiat ? (19 points)

Hospitalisation en milieu chirurgical en urgence (2)
Traitement antalgique (2) par voie intraveineuse, immobilisation provisoire par attelle plâtrée postérieure cruropédieuse
Bilan pré-opératoire (2) : numération formule sanguine plaquettes, hémostase (TP, TCA), ionogramme sanguine, urée sanguine, créatinémie, groupage sanguin ABO, détermination Rhésus, recherche d'agglutinines irrégulières, électrocardiogramme, consultation d'anesthésie

- **traitement chirurgical : ostéosynthèse par fixateur externe (3), contrôle de la réduction à l'amplificateur de brillance (2), parage lavage drainage (2)** soigneux des parties molles et cicatrisation dirigée si nécessaire, fermeture cutanée sans tension
- **antibiothérapie par voie intraveineuse (2) relayée par voie orale pour une durée minimale de 21 jours (2)**, double à large spectre, efficace contre les germes aéro et anaérobies et en particulier le staphylocoque doré : oxacilline 1g 3/24h + métronidazole 500mg 3/24h

Prévention des complications de décubitus (2) et de la maladie thromboembolique par héparine de bas poids moléculaire : enoxaparine sodique 4000 UI anti Xa/24h et surveillance hebdomadaire des plaquettes

6°) Quelles autres mesures doivent être associées ? (14 points)

Séroprophylaxie antitétanique si pas de vaccination (3)
Levé précoce sans appui (3) et marche avec des cannes anglaises
Rééducation avec contraction du quadriceps (2) mobilisation des orteils (1), mobilisation du genou (1)
Arrêt de travail (2) et **certificat d'incapacité temporaire de travail (2)**
Surveillance clinique et radiologique à j8, j15, j21, j45, j90

7°) M. X. revient vous voir en consultation trois mois plus tard, il a commencé à remarcher, il présente un écoulement purulent au niveau de la plaie avec des douleurs à l'appui. Quel est votre diagnostic et comment le confirmer ? (13 points)

Ostéite (4) à priori à staphylocoque
Clinique : recherche de signes locaux (tuméfaction, œdème, rougeur des parties molles (1), existence d'un trajet de fistule (1), ulcération chronique) et de signes généraux (fièvre à 38° (1), douleur insomniante (1))
Confirmation par des prélèvements bactériologiques (2) au niveau de la plaie opératoire, réalisation d'un bilan inflammatoire (1) (vitesse de sédimentation, CRP, procalcitonine, numération formule sanguine plaquettes)
Radiographies de la jambe droite face et profil (2) à la recherche d'un retard de consolidation avec ossification immature périfocale, lyse osseuse, flou périfocal, séquestres

8°) Quelles sont les complications possibles de ce type de fracture ? (14 points)

Complications précoces : syndrome des loges (2), déplacement secondaire (2), complications thromboemboliques (2) (phlébite, embolie pulmonaire), **infection locale (2), séquelles esthétiques cutanées (2)**
Complications tardives : retard de consolidation (2) et pseudarthrose (2), cals vicieux (rotatoire, en varus/valgus, flessum/recurvatum), ostéite